แผนการตรวจราชการ

กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ

พ.ศ. 2560

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจและประเมินผล

คำนำ

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๘ การตรวจราชการตามระเบียบนี้ ให้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการประจำปี หรือตามที่ได้รับคำสั่งจากผู้บังคับบัญชา ให้จัดทำแผนการตรวจราชการประจำปี รวมทั้งกำหนดมาตรฐานและเครื่องมือในการตรวจราชการ กำกับ ติดตาม และประเมินผลให้เป็นไปในแนวทิศทางเดียวกัน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้

เพื่อการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและบรรลุประสิทธิผลตามที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการกำหนดไว้ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสำนักตรวจและประเมินผล จึงได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (คกต.) จำนวน ๕ คณะ ดังนี้

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์

คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ

คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดินร่วมสมัยตามยุทธศาสตร์และนโยบายรัฐบาล เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยมีการปรับระบบการตรวจราชการ ให้เกิดความสะดวก คล่องตัว ในการกำกับ ติดตาม ขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวง และแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติราชการของส่วนราชการให้ดำเนินไปตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

สำนักตรวจและประเมินผลและสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพ เจ้าหน้าที่สำนักตรวจและประเมินผล รวมทั้งกองแผนงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดของทุกกรม/กอง/สำนัก ตลอดจนคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการ และคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ ทุกท่าน ที่ร่วมกันจัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
สำนักตรวจและประเมินผล
๙ ธันวาคม ๒๕๕๙

กิตติกรรมประกาศ

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสำนักตรวจและประเมินผล ขอขอบคุณ

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๒. คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (คกต.) คณะที่ ๑-๕

๓. ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓

๔. สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

๕. ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

๖. หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓

๗. ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม และผู้นิเทศงาน ของทุกกรม

๘. ผู้แทนหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อร่วมตรวจราชการ กำกับติดตาม ประเมินผล

๙. เจ้าหน้าที่สำนักตรวจและประเมินผลทุกท่าน

ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงมาโดยดียิ่ง ณ โอกาสนี้

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๑
สรุปประเด็นการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๑๒
สรุปตัวชี้วัดการตรวจราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๒๙
กรอบแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ คณะที่ ๑-๕	
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	๓๑
๑.๑ พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย	๓๒
๑.๑.๑ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๓๒
๑.๑.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียน	๕๗
๑.๑.๓ กลุ่มเด็กวัยรุ่น	๘๒
๑.๑.๔ กลุ่มวัยทำงาน	๘๙
๑.๑.๕ ผู้สูงอายุ	๑๐๓
๑.๒ ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่	๑๐๙
๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม	๑๒๔
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ	๑๖๑
๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๑๖๒
๒.๒ สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)	๑๗๐
๒.๓ สาขา RDU	๒๐๙
๒.๔ สาขาทารกแรกเกิด	๒๔๔
๒.๕ สาขาPalliative Care	๒๔๘
๒.๖ สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	๒๕๘
๒.๗ สาขาสุขภาพจิต	๒๖๕
๒.๘ ๓ สาขาหลัก plus (*สูติกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์* อายุรกรรม*)	๒๗๔
๒.๙ สาขาหัวใจและหลอดเลือด	๒๘๙
๒.๑๐ สาขามะเร็ง	๒๙๒
๒.๑๑ สาขาไต	๒๙๔
๒.๑๒ สาขาตา	๓๐๑
๒.๑๓ สาขาสุขภาพช่องปาก	๓๐๗
๒.๑๔ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	๓๑๒
๒.๑๕ สาขาอุบัติเหตุ	๓๒๑
๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ	๓๔๒

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ ๓๔๗

๓.๑ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ๓๔๘

๓.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน ๓๖๓

๓.๓ การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ ๓๗๐

คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ ๔๐๒

๔.๑ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๔๐๘

- ITA ๔๐๘

- การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา ๔๑๗

๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ๔๒๓

๔.๓ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๔๒๘

๔.๔ การเงินการคลังสุขภาพ ๔๓๔

๔.๕ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ๔๔๐

คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ๔๔๖

๕.๑ การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ๔๖๔

๕.๒ การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ๔๘๑

ภาคผนวก

- **กำหนดการตรวจราชการ**

- ปฏิทินการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๔๙๗

- กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รอบที่ ๑ และ ๒ ๔๙๙

- **แบบรายงานการตรวจราชการ**

- แบบฟอร์มมาตรฐาน รายงานการตรวจราชการ (แบบ ตก.๑/ตก.๒/ตก.๓) ๕๐๓

- แบบรายงานการตรวจราชการ คณะที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๕๑๐

- แบบรายงานการตรวจราชการ คณะที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๖๑๕

- แบบรายงานการตรวจราชการ คณะที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๖๑๖

- แบบรายงานการตรวจราชการ คณะที่ ๔ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๖๓๑

- แบบรายงานการตรวจราชการ คณะที่ ๕ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ **(แบบ PPR)** ๖๖๓

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

- **ระเบียบและคำสั่งที่เกี่ยวข้อง**

- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ๖๗๔
- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๘๒๖/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ๖๘๑
  เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙ ๖๘๓
  เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๕ คณะ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๒๖๖/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ๖๙๘
  เรื่อง แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๒๖๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ๖๙๙
  เรื่อง แต่งตั้งผู้ประสานงานส่วนภูมิภาค การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (คณะ ๕)

- **ทำเนียบผู้ประสานงาน**

- ทำเนียบสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักตรวจและประเมินผล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๗๐๑
- ทำเนียบผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ๗๑๕

คณะที่ปรึกษา

คณะผู้จัดทำ

บรรณาธิการ

แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐

๑. หลักการและเหตุผล

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ “ การตรวจราชการ ” เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งของการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย อีกทั้งเป็นกลไกสำคัญที่สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ อันเกิดจากการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจต่าง ๆ ของภาครัฐซึ่งตามระเบียบดังกล่าวในข้อ ๘ ได้กำหนดไว้ว่า“การตรวจราชการตามระเบียบนี้ให้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการประจำปีหรือตามที่ได้รับคำสั่งจากผู้บังคับบัญชานายกรัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรี โดยให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐและผู้ตรวจราชการร่วมกันจัดทำให้แล้วเสร็จภายในเดือนตุลาคมของปีงบประมาณนั้น ถ้าในกระทรวงใดมีผู้ตรวจราชการทั้งระดับกระทรวงและระดับกรมแผนการตรวจราชการประจำปีของกรม ต้องสอดคล้องกับแผนการตรวจราชการประจำปีของกระทรวงโดยไม่ซ้ำซ้อนกันและเกิดบูรณาการรวมทั้งกำหนดมาตรฐานและเครื่องมือในการตรวจติดตามให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ติดตามความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรค รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและความคุ้มค่าในการปฏิบัติงานหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงาน”

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดินร่วมสมัย ที่มุ่งผลสัมฤทธิ์เชิงยุทธศาสตร์และการเสริมสร้างระบบบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี เป็นการตรวจติดตามเรื่องที่เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลในด้านสุขภาพ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และแผนงานโครงการสำคัญต่างๆ รวมถึงการตรวจราชการในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่หรือเรื่องที่ก่อความเดือดร้อนเสียหายแก่ประชาชน และมุ่งเน้นการรายงานผลงานที่แสดงถึงผลสัมฤทธิ์ของหน่วยรับตรวจ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐กระทรวงสาธารณสุขกำหนดการตรวจติดตามในประเด็นสำคัญ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention and Promotion Excellence) ๒) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ๓) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ ๔) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) รวมทั้งภารกิจการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี จำนวน ๕ คณะ ได้แก่

คณะ ๑ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
คณะ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์
คณะ ๔ การบริหารจัดการ
คณะ ๕ ตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

ทั้งนี้มุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกัน และประสานเชื่อมโยงในทุกระดับทั้งแนวดิ่งและแนวขวาง (Vertical and Horizontal Integration) ระหว่างกรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อความคล่องตัวในการขับเคลื่อนนโยบายสำคัญต่างๆ ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจกำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและนโยบายสำคัญในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด

๒.๒เพื่อเป็นเครื่องมือในการประสานการตรวจราชการและบูรณาการระหว่างส่วนราชการภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

๒.๓เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาระบบการตรวจราชการในระดับกระทรวง กรม และระดับจังหวัดให้สอดคล้องกัน เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายสำคัญด้านสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการบริหารงานจังหวัดบูรณาการ

๒.๔ เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติตามนบายสำคัญและการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

๒.๔ เพื่อเฝ้าระวังและป้องปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ

๓. กลไกการตรวจ กำกับติดตามและประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข

๓.๑ การกำกับติดตาม (Monitoring) กำกับติดตามความก้าวหน้าของงานที่ได้วางแผนไว้แล้ว

๓.๒ การประเมินผล (Evaluation) ได้แก่

๑) ประเมินผลเทียบกับเป้าหมายว่าบรรลุผลหรือไม่ เช่นประเมินตาม KPI เป็นช่วงเวลา (Ongoing Evaluation)

๒) การติดตามประเมินผลประเด็นนโยบายสำคัญเพื่อประเมินความก้าวหน้า แนวโน้มการบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการติดตามประเมินผลในประเด็นที่พบว่ามีปัญหาหรือแนวโน้มที่จะไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๓) การติดตามประเมินผลโดยCIPO (Chief Integrated Program Officer)ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกรมและผู้บริหารที่ได้รับมอบหมาย

๓.๓ การตรวจติดตาม (Inspection) เป็นลักษณะการตรวจ ติดตามในเรื่องที่เป็นที่สนใจการขับเคลื่อนงานเชิงนโยบายของผู้บริหาร การตรวจติดตามงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย การตรวจจุด/ประเด็นที่เป็นความเสี่ยง (Key Risk Area : KRA) ที่จะเป็นอุปสรรค หรือที่จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อวินิจฉัยปัญหา ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำต่อหน่วยรับตรวจ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารในส่วนกลาง และการตรวจราชการนิเทศงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่

๓.๔การตรวจสอบ (Audit) อ้างอิงกับกฎ ระเบียบ เช่น การตรวจสอบภายใน ธรรมาภิบาลในการบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

๓.๕ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) ทั้งระดับกระทรวง ระดับกรม ระดับเขต และระดับจังหวัดที่มีการพัฒนาให้สามารถสนับสนุนการตรวจ กำกับ ติดตามราชการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่ ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC : Health Data Center) ข้อมูลกรม/ศูนย์วิชาการหน่วยงานต่างๆ ใน สธ.และข้อมูลจากแหล่งอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ข้อมูลจากการสำรวจและข้อมูลจากการศึกษาวิจัย เป็นต้น

๔.แนวคิดการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๔.๑ การตรวจราชการเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการบูรณาการการดำเนินงานในทุกระดับทั้งแนวดิ่งและแนวขวาง(Vertical and Horizontal Integration) ระหว่างกรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ส่งเสริมการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานพัฒนาแนวทางการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างราชการบริหารส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนางานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด และตอบสนองความต้องการของประชาชน

๔.๒ การตรวจราชการ (Inspection)เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงการทำงานในบทบาทของการกำกับติดตามงาน(Monitoring)การประเมินผล (Evaluation) และ การตรวจสอบ (Audit) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนางานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

๔.๓ นอกจากการมุ่งเน้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการแล้ว การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขยังได้ใช้แนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ(พบส.) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนางานแบบพี่ช่วยน้อง ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ การบูรณาการงาน การแบ่งปันและการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม

๕. ประเภทการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขแบ่งเป็น ๔ ประเภทคือ การตรวจราชการกรณีปกติ การตรวจราชการกรณีพิเศษ การตรวจราชการแบบบูรณาการและการตรวจธรรมาภิบาล การตรวจราชการแต่ละประเภท มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

๕.๑ การตรวจราชการกรณีปกติ เป็นการตรวจติดตามในเรื่องที่เป็นนโยบายรัฐบาลด้านสุขภาพตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนงาน/โครงการสำคัญ รวมทั้งการตรวจราชการเชิงลึกในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่เฉพาะเขตตรวจราชการ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินงานของหน่วยงานในพื้นที่ หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนเสียหายแก่ประชาชนอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๕.๒ การตรวจราชการกรณีพิเศษ เป็นการตรวจราชการนอกเหนือจากการตรวจราชการกรณีปกติ ซึ่งไม่ได้กำหนดไว้ในแผนการตรวจราชการประจำปีได้แก่ นโยบายสำคัญเร่งด่วนและการมอบหมายของผู้บังคับบัญชาเป็นกรณีไป เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ที่มีผลกระทบต่อนโยบายของรัฐบาล และมีความเสี่ยงสูงตามหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนอันเนื่องมาจากการเกิดภัยพิบัติ เช่น อุทกภัย ภัยแล้ง เป็นต้น

๕.๓ การตรวจราชการแบบบูรณาการ เป็นการตรวจราชการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการแบบบูรณาการเป็นกระบวนการติดตามและประเมินผลเพื่อผลักดันให้เกิดการผนึกกำลังทั้งในด้านประสิทธิผลประสิทธิภาพคุณภาพการบริการและขีดสมรรถนะระหว่างส่วนราชการไปสู่การบรรลุผลสำเร็จตามประเด็นนโยบายตามประเด็นยุทธศาสตร์ในทุกพื้นที่ที่เกี่ยวข้องและตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

๕.๔ การตรวจธรรมาภิบาล เป็นการตรวจราชการแบบมีส่วนร่วม สร้างความโปร่งใส และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคประชาชน กลุ่มประชาสังคม และหน่วยรับตรวจ รวมทั้งการเปิดให้ภาคประชาชนและกลุ่มประชาสังคมร่วมสอดส่อง ติดตาม แสดงความคิดเห็นและเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตรวจติดตามตรวจสอบการบริหารราชการ รวมทั้งผู้ตรวจราชการต้องมีมาตรฐานทางวิชาชีพและความซื่อสัตย์สุจริต ประกอบด้วย เรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ , คดีทุจริต และการตรวจสอบภายใน

๖.กระบวนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๖.๑<u>การจัดทำแผนและเตรียมการตรวจราชการ</u>

๖.๑.๑ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักตรวจและประเมินผลศึกษาวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข นโยบายสำคัญ แผนบูรณาการระดับประเทศและแผนบูรณาการระดับกระทรวงของกระทรวงสาธารณสุข และปัญหาที่มีผลกระทบด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นความเชื่อมโยงและ

สอดคล้องกันตามประเด็นนโยบายและเป้าหมายผลลัพธ์ของการพัฒนาสุขภาพประชาชนเป็นสำคัญ

๖.๑.๒ แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการเพื่อขับเคลื่อนการตรวจราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดและเกิดสัมฤทธิผลต่อประชาชน

๖.๑.๓ แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ (คกต.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ประกอบด้วย คกต. ๕ คณะ ได้แก่

(๑) คกต. คณะที่ ๑ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

(๒) คกต. คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

(๓) คกต. คณะ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์

(๔) คกต. คณะ๔ การบริหารจัดการ

(๕) คกต. คณะ๕การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

โดย คกต. มีบทบาทหน้าที่กำหนดประเด็นและแนวทางการตรวจราชการ วิเคราะห์และสรุปผลการตรวจราชการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการ รวมทั้งจัดทำรายงานผลการตรวจราชการพร้อมข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร

๖.๑.๔ คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐กำหนดแนวทางในการตรวจราชการ (Inspection Guideline) เพื่อเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและหน่วยรับตรวจ โดยแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) ประกอบด้วย

(๑) สถานการณ์ หรือสภาพปัญหา ของประเด็นการตรวจราชการ

(๒) เป้าหมาย ซึ่งอาจระบุเป็นค่าเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุผล (KPI) ตามเป้าหมายยุทธศาสตร์กระทรวง หรือ ระบุเป็นพื้นที่ หรือประเด็นความเสี่ยง

(๓) มาตรการการดำเนินงานที่สำคัญในพื้นที่

(๔) แนวทางการตรวจติดตาม ที่ระบุเป้าหมายความสำเร็จในแต่ละประเด็น ความสำเร็จในด้านการบรรลุเป้าหมายในระดับกระทรวง และความสัมพันธ์ของเนื้อหาประเด็นการตรวจ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกระบวนการที่เหมาะสมในการลงพื้นที่ การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่ และการพิจารณาสนับสนุนการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนเป็นแนวทางในการสรุปผล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ เพื่อเป็นข้อเสนอแนะการพัฒนาทั้งในระดับพื้นที่ ส่วนกลาง และข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข

๖.๑.๕ ขอความเห็นชอบแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จากที่ประชุมสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และขออนุมัติแผนฯจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖.๑.๖ จัดทำคู่มือแผนและแนวทางการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๐

๖.๑.๗ ประชุมชี้แจงแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข แก่หน่วยรับตรวจและผู้เกี่ยวข้องในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

๖.๑.๘ ประสานกรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมทีมตรวจราชการและเตรียมความพร้อมทีมตรวจราชการและนิเทศงาน

๖.๒ <u>การตรวจราชการในพื้นที่</u>

ตรวจราชการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ดำเนินการใน๓ รูปแบบ ดังนี้

<u>รูปแบบที่ ๑</u> การตรวจราชการตามรอบปกติ ๒ ครั้ง/ปี มีการลงพื้นที่ของหน่วยงานวิชาการ

ร่วมกับคณะผู้ตรวจราชการ โดยมีผู้ตรวจราชการเป็นหัวหน้าคณะ ตรวจติดตามตามแนวทางการตรวจราชการที่กำหนด (Inspection Guideline) ๒ รอบ/ ปี โดยมีทีมตรวจราชการ ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม ผู้แทนจากสำนัก ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ผู้เชี่ยวชาญ ระดับจังหวัด/ เขต ผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกที่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงพิจารณาให้ร่วมคณะตรวจราชการ โดยมีสำนักตรวจและประเมินผล เป็นเลขานุการคณะ หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวง

รูปแบบที่ ๒ การตรวจราชการและนิเทศงาน กำกับ ติดตาม ประเมินผล โดยทีมของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม : เป็นการนิเทศงานเฉพาะกิจ ตามภารกิจของ หน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพ KPI และตรวจติดตามงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย รวมถึงกำกับ ติดตามงานผ่านระบบรายงานและข้อมูลสารสนเทศ ที่เกี่ยวข้อง กำหนดระยะเวลาตรวจราชการเป็นรายเดือน/ไตรมาส

รูปแบบที่ ๓ การตรวจ กำกับติดตามและประเมินผลโดยกลไกระดับเขต การตรวจเฉพาะกิจ การตรวจสอบ (Audit) เฉพาะเรื่อง การตรวจสอบตามกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติโดยเฉพาะ ให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล เช่น ตรวจสอบภายใน การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาการบริหารการเงินการคลังในหน่วยบริการที่ประสบวิกฤติทางการเงิน โดยทีมเฉพาะกิจที่มีความเชี่ยวชาญ

ทั้งนี้ ประเด็นสำคัญที่พบจากการดำเนินการในรูปแบบที่ ๒ และ ๓ หรือกรณีจำเป็นต้องอาศัยอำนาจในการสั่งการการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก หรือการสนับสนุนจากส่วนกลาง สามารถนำเข้าในการตรวจราชการรอบปกติ (รูปแบบที่ ๑) เพื่อพิจารณาแก้ไขปัญหาร่วมกัน

๖.๒ การรายงานผลตรวจราชการ

๖.๒.๑ การจัดทำรายงานผลการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ

๑) ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมรายงานผลการตรวจราชการรายประเด็นที่เกี่ยวข้องตามแบบรายงานการตรวจราชการ โดยสรุปข้อสังเกต หรือปัญหาสำคัญที่ค้นพบ ต่อผู้ตรวจราชการกระทรวงภายใน ๗ วัน หลังจากการเสร็จสิ้นการตรวจราชการแต่ละจังหวัด แต่ละเขต ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตนั้น และให้ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมเสนอต่ออธิบดีกรม ด้วยอีกทางหนึ่ง

๒) หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพ สำนักตรวจและประเมินผลซึ่งทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะตรวจราชการ จัดทำรายงานผลการตรวจราชการ

๒.๑) บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary) ระดับจังหวัด เฉพาะในกรณีที่มีประเด็นเร่งด่วนสำคัญ เสนอรายงานต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขทันที

๒.๒) บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary) ระดับเขต จัดทำภายหลังจากการตรวจราชการเสร็จสิ้นในแต่ละครั้งที่กำหนดไว้ในแผนการตรวจราชการของเขต เสนอต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใน ๑๕ วัน หลังจากการตรวจราชการจังหวัดสุดท้าย

๒.๓) รายงานข้อเสนอแนะ ข้อสั่งการที่ให้ไว้แก่หน่วยรับตรวจ ภายใน ๑๕ วัน หลังจากการตรวจราชการจังหวัดสุดท้ายของแต่ละรอบ ตามแบบรายงานการตรวจราชการ

๒.๔) รายงานภาพรวมระดับเขตสุขภาพ รายประเด็นการตรวจราชการ ต่อคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการแต่ละคณะ

รอบที่ ๑รายงานภาพรวมระดับเขต ภายในเดือนเมษายน ๒๕๖๐ โดยวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานของเขตในรอบ ๖ เดือน ร่วมกับข้อค้นพบและประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ

รอบที่ ๒ รายงานภาพรวมระดับเขตภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๐ โดยวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานของเขตในรอบ ๙ เดือน ร่วมกับข้อค้นพบและประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ

๖.๒.๒ การจัดทำรายงานผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ

๑) กรมเจ้าภาพหลักสรุปผลการตรวจราชการตามประเด็นตรวจราชการที่รับผิดชอบเป็นเจ้าภาพหลัก เสนอต่อคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ ๕ คณะที่เกี่ยวข้อง

๒) คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ ๕ คณะ และคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการ พิจารณากลั่นกรองและบูรณาการการแก้ไขปัญหาและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากการตรวจราชการในพื้นที่

๓) สำนักตรวจและประเมินผลจัดทำรายงานผลการตรวจราชการภาพรวมทั้งประเทศ สรุปผลการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวง และผลจากการพิจารณากลั่นกรองและบูรณาการการแก้ไขปัญหาและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของคณะกรรมการการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ รอบ ๖ เดือน (Semi – Annual Inspection Report : SAIR)ภายในเดือนเมษายน ๒๕๖๐และรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (Annual Inspection Report: AIR) ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๐เสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเห็นชอบ และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖.๒.๓ การให้ขอเสนอแนะ

๑) ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ ในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและสามารถแก้ไขได้ในพื้นที่ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น เสนอแนะให้แก่หน่วยรับตรวจ

๒) ข้อเสนอแนะส่วนกลาง ในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและจำเป็นต้องแก้ไขโดยส่วนกลาง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นรับไปประสานแก้ไขปัญหาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้ข้อยุติ

๓)ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย ในกรณีปัญหาที่คณะผู้ตรวจราชการมีความเห็นว่าจำเป็นต้องแก้ไขระดับนโยบาย จะถูกนำไปพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมเพื่อเสนอให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับนโยบายพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านกลไกคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ ๕ คณะ เมื่อได้ข้อยุติแล้วให้เสนอต่อหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงเพื่อนำเสนอขอความเห็นชอบจากปลัดกระทรวง ต่อไป

๗. ภารกิจและกรอบประเด็นการตรวจราชการปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐

คณะ ๑ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพประกอบด้วยหัวข้อ

๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ)ทุกกลุ่มวัย

๑.๑.๑ สตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

๑.๑.๒ เด็กวัยเรียน

๑.๑.๓วัยรุ่น

๑.๑.๔วัยทำงาน

๑.๑.๕ผู้สูงอายุ

๑.๒ ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่

๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการประกอบด้วยหัวข้อ

๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๒.๒ สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)

๒.๓ สาขา RDU

๒.๔ สาขาทารกแรกเกิด

๒.๕ สาขาPalliative Care

๒.๖ สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

๒.๗ สาขาสุขภาพจิต

๒.๘ ๓ สาขาหลัก plus *(สูติกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์* อายุรกรรม*)

๒.๙ สาขาหัวใจและหลอดเลือด

๒.๑๐ สาขามะเร็ง

๒.๑๑ สาขาไต

๒.๑๒ สาขาตา

๒.๑๓ สาขาสุขภาพช่องปาก

๒.๑๔ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๒.๑๕ สาขาอุบัติเหตุ

๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ

คณะ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ประกอบด้วยหัวข้อ

๓.๑ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

๓.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน

๓.๓ การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

คณะ ๔ การบริหารจัดการประกอบด้วยหัวข้อ

๔.๑ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

๔.๓ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๔.๔ การเงินการคลังสุขภาพ

๔.๕ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

คณะ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ประกอบด้วยหัวข้อ

๕.๑ บริหารจัดการขยะ มูลฝอยและสิ่งแวดล้อม

๕.๒ การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

๘.หน่วยงานเป้าหมายการตรวจราชการ

๘.๑ หน่วยรับการตรวจราชการ ได้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

๘.๒ หน่วยรับการตรวจเยี่ยม ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศูนย์วิชาการ โรงพยาบาลในสังกัดกรม และ หรือ หน่วยงานที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงพิจารณาตามความเหมาะสม

๙. คณะตรวจราชการ ประกอบด้วย

๙.๑ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๙.๒ สาธารณสุขนิเทศก์

๙.๓ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ/ผู้นิเทศงานของกรม

๙.๔ผู้แทนจากสำนักในสำนักงานปลัดกระทรวงที่ร่วมคณะตรวจราชการ

๙.๕ ผู้ที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงพิจารณาให้ร่วมคณะตรวจราชการ

๙.๖ สำนักตรวจและประเมินผลทำหน้าที่เลขานุการคณะ

ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวงที่กำกับดูแลเขตสุขภาพนั้น

๑๐. บทบาทผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการตรวจราชการในพื้นที่

๑๐.๑ บทบาทหน่วยรับตรวจระดับจังหวัด

๑) <u>ขั้นเตรียมการตรวจราชการ</u> (ก่อนลงตรวจราชการ)

๑.๑) เตรียมข้อมูลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการและแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

๑.๒) ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของจังหวัดกับหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมรับการตรวจราชการ

๑.๓) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด เพื่อร่วมรับการตรวจราชการ ตามวัน เวลาที่กำหนด

๒) <u>ขั้นการตรวจราชการ</u>

๒.๑) รับการตรวจราชการของทีมตรวจราชการ และอำนวยความสะดวกแก่ทีมตรวจราชการ

๒.๒) นำเสนอข้อมูล และตอบข้อซักถามของทีมตรวจราชการ ในประเด็นที่ทีมตรวจราชการมีข้อสงสัยโดยมีกรอบแนวทางการนำเสนอข้อมูลของจังหวัดในการตรวจราชการ ดังนี้

รอบที่ ๑ : สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพภาพรวมจังหวัด

รอบที่ ๒ : ผลการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวงที่กำกับดูแลแต่ละเขตสุขภาพ

๒.๓) รับฟังและร่วมอภิปรายสรุปผลการตรวจราชการ และการให้ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจ เพื่อรับไปดำเนินการต่อไปในพื้นที่

๑๐.๒บทบาทผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม ผู้นิเทศงาน และผู้ร่วมตรวจราชการจากสำนักในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑) <u>ขั้นเตรียมการตรวจราชการ</u> (ก่อนลงตรวจราชการ)

๑.๑) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นการตรวจราชการที่รับผิดชอบ

๑.๒) รวบรวม สรุปวิเคราะห์ ข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการสำรวจ การประเมินผลที่กรมรับผิดชอบ ของแต่ละจังหวัดเพื่อเตรียมการตรวจราชการในพื้นที่

๑.๓) ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของแต่ละจังหวัดภายในเขตสุขภาพในแต่ละรอบการตรวจกับหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพของสำนักตรวจและประเมินผล

๒) ขั้นการตรวจราชการ

๒.๑) ร่วมทีมในการตรวจราชการตามกำหนดการ

๒.๒)วิเคราะห์กระบวนการทำงานของจังหวัดในการนำแผนสุขภาพจังหวัดไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และกลไกการบริหารจัดการในภาพรวมจังหวัด

๒.๓)วิเคราะห์กระบวนการทำงานตามกรอบแนวทางการตรวจราชการ และตามประเด็นปัญหาอุปสรรค มุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาของพื้นที่

๒.๔) ประมวล สรุปผลการวิเคราะห์ ข้อ ๒.๒) และ ๒.๓) ร่วมกันระหว่างผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมที่เป็นเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วม จากข้อมูล ข้อสังเกต และข้อเท็จจริงที่พบในพื้นที่ เพื่อจัดทำสรุปผลการตรวจราชการ ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่อหน่วยรับการตรวจ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารส่วนกลาง โดยสรุปนำเสนอผู้ตรวจราชการ และหน่วยรับการตรวจ พร้อมทั้งส่งเอกสารสรุปผลการตรวจราชการ (ตก.๑) ให้หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพ ในวันสุดท้ายของการตรวจราชการแต่ละจังหวัด

๒.๕) ประสานการสรุปประเด็นการตรวจราชการ และการให้ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงาน กับหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพเพื่อบันทึกในสมุดตรวจราชการของหน่วยรับตรวจ

๓) ขั้นสรุปผลการตรวจราชการ

วิเคราะห์และจัดทำรายงานผลการตรวจราชการรายรอบ รายเขต ตามแผนการตรวจราชการที่กำหนด ส่งกองแผนงานของกรม เพื่อสรุปภาพรวมระดับกรม พร้อมทั้งส่งให้หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพของสำนักตรวจและประเมินผลเพื่อสรุปภาพรวมระดับเขต

๑๐.๓ บทบาทผู้รับผิดชอบประเด็นการตรวจราชการระดับกรม

วิเคราะห์สรุปผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศในประเด็นที่รับผิดชอบ เสนอต่อคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข คณะที่เกี่ยวข้อง เพื่ออภิปรายผลการตรวจราชการ และสรุปเป็นภาพรวมประเทศ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารต่อไป

๑๐.๔ บทบาทกลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ของสำนักตรวจและประเมินผล

๑)ขั้นเตรียมการตรวจราชการ (ก่อนลงตรวจราชการ)

๑.๑)ประสานหน่วยรับตรวจและคณะตรวจราชการในเรื่องแผนและกำหนดการตรวจราชการ

๑.๒)ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของแต่ละจังหวัดภายในเขตสุขภาพ และการนัดหมายการเดินทาง กับคณะตรวจราชการและผู้ประสานการตรวจราชการระดับจังหวัด

๑.๓)เตรียมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพื้นที่ที่จะเป็นประโยชน์ในการตรวจราชการ เช่น ข้อมูลทั่วไป ปัญหาสุขภาพ Best Practice เป็นต้นจัดทำเป็นบทสรุปผู้บริหาร(Executive summary) เสนอต่อผู้ตรวจราชการกระทรวงประจำเขตตรวจราชการ

๒) ขั้นการตรวจราชการ

๒.๑) ร่วมทีมในการตรวจราชการ

๒.๒)ประสานนัดหมายกำหนดการและอำนวยความสะดวกให้กับคณะตรวจราชการ

๒.๓) ประสานการจัดทำสรุปผลการตรวจราชการ และข้อเสนอแนะของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม/สำนัก เพื่อรวบรวมและเตรียมข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการให้ผู้ตรวจราชการสาธารณสุขนิเทศก์ รับทราบและพิจารณาก่อนแจ้งต่อหน่วยรับการตรวจ

๒.๔) สรุปประเด็นการตรวจราชการ และข้อเสนอแนะที่ผู้ตรวจราชการกระทรวง ให้กับหน่วยรับตรวจ โดยบันทึกในสมุดตรวจราชการของหน่วยรับตรวจ

๓) ขั้นสรุปผลการตรวจราชการ

๓.๑) ประสานกับผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม/สำนัก เพื่อส่งรายงานสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขต (ตก.๒) ในแต่ละรอบตามระยะเวลาที่กำหนด

๓.๒)รวบรวม ตรวจสอบ แก้ไข สรุปผลการตรวจราชการ จากผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม/สำนัก ให้ครบถ้วนตามแผนการตรวจราชการ เพื่อส่งให้กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ สำนักตรวจและประเมินผล ตามระยะเวลาที่กำหนด

๓.๓) จัดทำบทสรุปผลการตรวจราชการสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary) ภาพรวมเขตในแต่ละรอบส่งให้กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ สำนักตรวจและประเมินผล ตามระยะเวลาที่กำหนด

๓.๔) จัดทำเอกสารรูปเล่มสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขตในแต่ละรอบ (รอบ ๑และ ๒) เพื่อแจ้งให้หน่วยรับการตรวจ/กรม/สำนัก ที่เกี่ยวข้องและผู้นิเทศนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามผลการดำเนินงานและพัฒนาปรับปรุงแก้ไขการทำงานในพื้นที่ต่อไป

๓.๕) ประสานการรายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการในแต่ละรอบ จากหน่วยรับการตรวจราชการแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพ เพื่อสรุปรายงานส่งกลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ สำนักตรวจและประเมินผล ตามระยะเวลาที่กำหนด และเป็นข้อมูลในการติดตามความก้าวหน้าในการตรวจราชการรอบถัดไป

๑๑. ระยะเวลาในการตรวจราชการ ตรวจราชการรายรอบปกติ ปีละ ๒ รอบได้แก่

รอบที่ ๑: กำหนดตรวจราชการระหว่างเดือน มกราคม –มีนาคม ๒๕๖๐ เพื่อประเมินสภาพปัญหา แผนแก้ไขปัญหา โครงสร้างระบบการทำงาน การกำกับติดตามงานด้านต่างๆ การบริหารจัดการและระบบข้อมูลในภาพรวมจังหวัด การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อทีมตรวจราชการจะให้การสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับการตรวจที่สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไขได้อย่างเป็นรูปธรรม และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารในส่วนกลาง

รอบที่ ๒: กำหนดตรวจราชการระหว่างเดือน มิถุนายน – สิงหาคม ๒๕๖๐เพื่อติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการ การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับการตรวจที่สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไขในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารในส่วนกลาง

๑๒. ผู้รับผิดชอบ

๑๒.๑ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๑๒.๒ สำนักตรวจและประเมินผล

๑๓. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑๓.๑ หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานตามภารกิจได้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์และนโยบายสำคัญด้านสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๑๓.๒ การพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่เป็นไปด้วยความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพด้วยการประสานความร่วมมือและบูรณาการระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

๑๓.๓ ระบบการตรวจราชการทุกระดับได้รับการพัฒนาอย่างสอดคล้องกัน ตั้งแต่ระดับกระทรวง เขต และจังหวัด

๑๓.๔ ประชาชน หรือผู้รับบริการมีความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการ และลดปัญหาการร้องเรียนได้

ลงชื่อ ..... ผู้เสนอแผน
(นายภูวเดช สุระโคตร)
ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล

ลงชื่อ ..... ผู้เห็นชอบแผน
(นายมรุต จิระเศรษฐสิริ)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อ ..... ผู้อนุมัติแผน
(นายโสภณ เมฆธน)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สรุปประเด็นตรวจราชการ ตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
คณะ ๑ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ			
๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ)ทุกกลุ่มวัย			
๑.๑.๑กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)	๑. ลดการตายมารดา - .การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน - การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง - การพัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ - การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ - การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของครอบครัว ชุมชน	๑. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	กรมอนามัย
	๒.ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย - ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน - ระบบบริการที่มีคุณภาพ - การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัย - การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๒. ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่า ๘๐ ๓. ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑ และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (ชาย ๑๑๓ / หญิง ๑๑๒)	กรมอนามัย
๑.๑.๒ เด็กวัยเรียน	๑. ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน - ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง - การคัดกรอง ส่งต่อ การจัดการแก้ไขปัญหาและคุณภาพข้อมูลจากระบบ HDC - มาตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๔. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖	กรมอนามัย

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒. ส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคในช่องปาก - การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ - ควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี - ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน	๕. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒	กรมอนามัย
	๓. การสร้าง/พัฒนาทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ	๖. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๕ ต่อแสนประชากร	กรมควบคุมโรค
๑.๑.๓ วัยรุ่น	๑. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) และการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ๒. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ๓. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด	๗. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๔๒ ต่อพันประชากร	กรมอนามัย
๑.๑.๔ วัยทำงาน	๑. การป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - การค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยด้วยการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน - กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวานเข้าถึง	๘.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ (HT ลดลงร้อยละ ๒.๕ , DM ลดลงร้อยละ ๕)	กรมควบคุมโรค

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	บริการลดเสี่ยง - การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๐		
	๒.การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน - มาตรการการบริหารจัดการ - มาตรการจัดการข้อมูล - มาตรการป้องกัน - มาตรการการรักษา	๙. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๑๘ต่อแสนประชากร	กรมควบคุมโรค
๑.๑.๕ ผู้สูงอายุ	๑.ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)	๑๐.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๑.๒. ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ ๑.๒.๑ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	๑. การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. การพัฒนาบุคลากรรองรับการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. การซ้อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด	๑๑. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ ๘๐)	กรมควบคุมโรค
๑.๒.๒ การป้องกันควบคุมโรควัณโรค	๑. การเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ๒. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ	๑๒. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕)	กรมควบคุมโรค
๑.๒.๓ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	๑. จัดโครงสร้างและกำหนดผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดทุก	๑๓. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพ	กรมการแพทย์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ระดับ (เขต, จังหวัด ,อำเภอ, รพศ.,รพท.,รพช.,รพ.สต.) ๒. จัดระบบบริการด้านยาและสารเสพติดตั้งแต่การป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟู ติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดและมาตรการเชิงรุก ในสถานบริการการทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุข ๓. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามเกณฑ์ SP ๔. สถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) เพิ่มขึ้น ๕. จัดระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาล ๖.พัฒนาศูนย์ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในระยะยาวให้เพียงพอตามสถานการณ์ในพื้นที่ ๗. ความร่วมมือกับหน่วยงานบำบัดนอกกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ กำกับดูแลมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ระบบต้องโทษ และค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา(๓ month remission rate) (ร้อยละ ๙๒)	

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ๑.๓.๑ การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ	๑. การจัดทำแนวทางหรือแผนงานหรือโครงการเฝ้าระวังคุณภาพ มาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒. ข้อมูลการเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย.เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นรวมถึงแผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต เทียบกับเป้าหมายที่กำหนด ๓. ดำเนินการจัดการความเสี่ยง (Risk management) แบบบูรณาการ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	๑๔. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๙๕)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๑.๓.๒ การเฝ้าระวัง และตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป	๑. การเฝ้าระวัง และตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้แก่ ผักและผลไม้สด, เนื้อสัตว์สด , น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมาย, ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร,ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน, ผลิตภัณฑ์จากแป้ง ,น้ำมันทอดอาหาร	๑๕. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย (ร้อยละ ๘๐)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๑.๓.๓ การเฝ้าระวังและตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	๑. การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขตแบบบูรณาการ ๒. กระบวนการส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ๓. มาตรการติดตาม ควบคุมกำกับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	๑๖. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (ร้อยละ ๘๐)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๑.๓.๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้าน	๑. นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัย	๑๗. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัย	กรมอนามัย

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
สิ่งแวดล้อม	สิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN& CLEAN Hospital ๒. กลไกการขับเคลื่อน และเตรียมทีมตรวจประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ ๓. แผนพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๔. การดำเนินงานตามแผนฯ ๕. การประเมินโรงพยาบาล GREEN& CLEAN Hospital และศูนย์อนามัยดำเนินการสุ่มประเมินโรงพยาบาล	สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN&CLEAN Hospital (ร้อยละ ๗๕)	
คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการ			
๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๑. จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการ ๒. กลไกการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนระบบการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับเขตบริการสุขภาพและระดับจังหวัด ๓. การจัดระบบบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแล โดยให้เป็นทีมหมอประจำครอบครัว และมีการดูแลแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงระบบสนับสนุนจากแม่ข่าย ๔. มีกลไกการจัดการระดับอำเภอและระดับคลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster) เพื่อให้เกิดระบบสนับสนุนการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอย่างมี	๑๘.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ประสิทธิภาพ ๕. การจัดโครงสร้าง อาคารสถานที่ และเครื่องมือที่จำเป็น		
๒.๒ Service Plan สาขา NCD ๒.๒.๑ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	๑. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ๒. การพัฒนาระบบข้อมูล ๓. ค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อ CVD ๔. การจัดการหลังการประเมินในกลุ่มCVD risk ≥๓๐%	๑๙.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (DM≥ร้อยละ ๔๐ , HT≥ร้อยละ ๕๐) ๒๐.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (≥ร้อยละ ๘๐) *SP๑. สถานบริการแต่ละเขตผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus ≥ ๗๐ %*	กรมควบคุมโรค
๒.๒.๒ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	๑. กระตุ้นให้เป็นไปตามแผนStroke service plan ๒. บันทึกข้อตกลงเครือข่าย ๓. โรงพยาบาลทุกโรงต้องสามารถให้บริการมาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	๒๑.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (<ร้อยละ ๗) *SP๒. Stroke Unit โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ ๑๐๐, โรงพยาบาลระดับ S ร้อยละ ๖๐ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ชั่วโมง หลังเกิดอาการ หรือให้ยา Aspirin ทางปากภายใน ๔๘ ชั่วโมง หลังเกิดอาการ*	กรมการแพทย์
๒.๒.๓ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๑. การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย (COPD Clinic Model)	*SP๓. ลดอัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง* *SP๔. อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้น*	กรมการแพทย์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
		เรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน	
๒.๓Service Plan สาขา RDU	๑. การคัดเลือกจัดหาเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพไว้ใช้ในสถานบริการ (Rational Drug Supply) ๒. การสั่งใช้ยาและการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล (Rational Prescribe and Dispense) ๓. ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล (Rational Use)	๒๒. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล	-กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ -สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา -กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๒.๔Service Plan สาขาทารกแรกเกิด	๑. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกคลอด ๒. เพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน NICU ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ๓. จัดระบบ Intrauterine transfer ๔. จัดระบบ step down beds(refer back) ๕. การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย ๖. การฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ ผ่าน MCH board ๗. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ๘. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิด พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ได้ตามมาตรฐาน	๒๓. อัตราตายทารกแรกเกิด ไม่เกิน ๔ ต่อหนึ่งพันการเกิดมีชีพ *SP๕.เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ 1:500 ทารกคลอด (เตียง NICUภาพรวมเขต)* *SP๖.ร้อยละโรงพยาบาลที่มีศักยภาพส่งต่อ (Intrauterine transfer)* *SP๘.ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว*	กรมการแพทย์
๒.๕ Service Plan สาขาPalliative Care	๑. การขยายบริการการดูแลแบบประคับประคอง ให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ	*SP๘.ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M๒, F ๑-๓ ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง* *SP๙.ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑*	กรมการแพทย์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
		ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง	
๒.๖ Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	๑. ใช้กลไกการบริหารในส่วนภูมิภาคในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาบริการ โดยกำหนดให้มีChief Thai Traditional and Alternative Medicine Officer (CTMO) และกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้บริหารเขตและจังหวัด ๒. คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารสุขทุกระดับเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ ๓. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานตามบริบทของหน่วยบริการ	๒๔.ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (≥ร้อยละ ๑๘.๕) *SP๑๐.คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการทุกระดับเข้าสู่การรับรองคุณภาพมาตรฐาน*	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ
๒.๗ Service Plan สาขาสุขภาพจิต	๑. การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับ ๒. การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ ๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น ๔. การเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม *(๑. โรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแล*	๒๕.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากรไทย *SP๑๑.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้าย ตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี* *SP๑๒.ร้อยละของผู้ป่วยโรคกลุ่มเสี่ยง (โรคจิต โรคซึมเศร้า) เข้าถึงบริการ* *SP๑๓.ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*	กรมสุขภาพจิต

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน ๕. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทางมาตรฐานการบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แกนนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย		
๒.๘ Service Plan ๓ สาขาหลัก plus	๑. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน ๒. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง ๓. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ๔. สร้างเครือข่าย		กรมการแพทย์
๒.๘.๑ สูติกรรม		*SP๑๔.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพช.M๒ ๒๕%* *SP๑๕.อัตรามารดาตกเลือดเสียชีวิต = ๐*	กรมการแพทย์
๒.๘.๒ กุมารเวชกรรม		*SP๑๖.อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ด.-๕ปีบริบูรณ์< ๑๐ %*	กรมการแพทย์
๒.๘.๓ ออร์โธปิดิกส์		*SP๑๗.ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช.M๒ ลงไป≥๑๐ %*	กรมการแพทย์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
๒.๘.๔ อายุรกรรม +		*SP๑๘.*อัตราตายจาก Sepsis/ septic shock ≤ ๓๐ %	กรมการแพทย์
๒.๙ Service Plan โรคหัวใจ	๑. การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน ๒. การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ให้รักษาโดยการทำบอลลูน หรือการผ่าตัด By pass โดยลดเวลาระยะเวลารอการทำ ๓. ข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยดูสาเหตุการตายจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ๔. แนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ๕. ระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด	๒๖.อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ *SP๑๙.โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป มีการให้ยา ละลายลิ่มเลือด ๑๐๐ %* *SP๒๐.ผู้ป่วย STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดและหรือยาละลายลิ่มเลือด≥๘๐ %* *SP๒๑. อัตราการเสียชีวิต STEMI ในโรงพยาบาล ≤ ๑๐ %*	กรมการแพทย์
๒.๑๐ Service Plan โรคมะเร็ง	ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก ๑ .ด้านการผ่าตัด - บริหารจัดการการส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง - บริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับโรคอื่นๆอย่างเหมาะสม ๒. ด้านเคมีบำบัด - ส่งศัลยแพทย์เข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ	๒๗. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาของมะเร็ง ๕ อันดับแรก (มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก) *SP๒๒.ระยะของมะเร็ง (staging) (มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมะเร็งปากมดลูก) ที่เข้ารับ*	กรมการแพทย์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ในการให้ยาเคมีบำบัดมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก - เพิ่มอัตรากำลังแพทย์ พยาบาล เภสัชกรด้านเคมีบำบัด ๓. ด้านรังสีรักษา - บริหารจัดการเครื่องฉายรังสีเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างเหมาะสม - เพิ่มอัตรากำลัง แพทย์นักฟิสิกส์การแพทย์ และนักรังสีการแพทย์ ให้พร้อมต่อการขยายบริการ	*การรักษาครั้งแรก (ได้รับการวินิจฉัย)*	
๒.๑๑ Service Plan โรคไต	๑. การคัดกรองโรคไต ๒. การดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม - ขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ใน รพ.ระดับ F๓ - รพ.ระดับ M๒, F๑, F๒>๕๐% ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ	๒๘.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของeGFR<๔ ml/min/๑.๗๓$m^{๒}$/yr (≥ ร้อยละ ๖๕) *SP๒๓.ผู้ป่วย DM, HT ได้รับการค้นหาและคัดกรอง CKD ≥ ๘๐ %* *SP๒๔.รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไปตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ๑๐๐%* *SP๒๕.รพ.ระดับ M๒, F๑, F๒ ≥๕๐% ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ*	กรมการแพทย์
๒.๑๒ Service Plan สาขาตา	๑. เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ๒. การเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต	๒๙.ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (≥ร้อยละ ๘๐) *SP๒๖.ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป*	กรมการแพทย์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
		ได้รับการคัดกรองสายตา (≥ร้อยละ ๗๐)	
๒.๑๓ Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก	๑. การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ในหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก	*SP๒๗.ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (≥ร้อยละ ๖๐)*	กรมอนามัย สำนักบริหารการสาธารณสุข
๒.๑๔ Service Plan สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	๑. ระบบการรับบริจาคอวัยวะ ๒. ระบบการรับบริจาคดวงตา	๓๐.จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ (๖๕๐ราย)	กรมการแพทย์
๒.๑๕ Service Plan สาขาอุบัติเหตุ	๑. การพัฒนาระบบ ECS คุณภาพ ๒. การพัฒนา ER คุณภาพ ๓. การพัฒนาการศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA Unit) ๔. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บการพัฒนาระบบการส่งต่อ	๓๑.ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ(≥ร้อยละ ๖๐) *SP๒๘.ร้อยละของERคุณภาพใน โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป* ๓๒. อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) (PS Score ≥ ๐.๗๕) น้อยกว่าร้อยละ ๑	กรมการแพทย์
๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ	๑. พัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าสู่การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตามมาตรฐานรับรองคุณภาพ HA ขั้น 3 และ Reaccredit	๓๓.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ และ Reaccredit	สบรส.
	๒. การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาม	๓๔. รพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับ	สนย.

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	มาตรฐานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ	การพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ ๑๐	
คณะ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์			
๓.๑ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ	๑. การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ ๒. การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน ๓. การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน ๔.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน ๕.การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	๓๕. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ)	สถาบันพระบรมราชชนก
๓.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน	๑. การบริหารจัดการการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH ๒. การสื่อสารกับองค์กรเรื่องการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH ๓. สำรวจและประมวลผลการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH	๓๖. ร้อยละหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้ (เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ขึ้นไป)	-สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ -กลุ่มบริหารบุคคล สป.
๓.๓ การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ	๑. การพัฒนาศักยภาพ อสค. เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว โดยกลไกการหนุนเสริมระบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ ๒. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว ๓. การประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแล	๓๗. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๕๐)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	สุขภาพด้วยตนเอง ๔.พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพ ของครอบครัว		
คณะ๔ การบริหารจัดการ			
๔.๑ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๔.๑.๑ ITA	๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ /แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง) ๒. การป้องกันเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน ๓. การตอบสนองข้อร้องเรียน	๓๘.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๘๕)	ศูนย์ปราบปรามการทุจริต
๔.๑.๒ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา	๑. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. ๒๕๕๗ ๒. จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา	๓๙. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ ๒๐)	สำนักบริหารการสาธารณสุข สป.
๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	๑. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย - คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ill define) ผ่านเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ ๒. คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ - คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน การบันทึกข้อมูลและการวินิจฉัยมีความครบถ้วนถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕	๔๐.ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล (ร้อยละ ๘๐)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
๔.๓ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑. การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด ๒. ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ ๓. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ๔. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด	๔๑.ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี ๒๕๖๐ (ร้อยละ ๙๕.๕)	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
๔.๔ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๑. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรที่พอเพียงต่อการให้บริการ มีรายได้ไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย ๒. การบริหาร ติดตาม กำกับแผนการเงินการคลัง ด้วยแผนทางการเงิน (Plan FIN Management)ทุกเดือน ๓. การประเมินกระบวนการทำงาน (FAI) ๔. ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยใช้ดัชนี๗ตัว ๕. การตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง/คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ ๖. มีเครือข่ายด้านการเงินการคลังและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	๔๒.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ไม่เกินร้อยละ ๘)	กลุ่มประกันสุขภาพ สป.
๔.๕ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ	๑. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกจังหวัดในเขตสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุนงานวิจัย ๒. เขตสุขภาพมีผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์	๔๓.ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ (ร้อยละ ๒๐)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สป.

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ ๔๓ ตัว / KPI Service Plan ๒๘ ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๓.ระบบฐานข้อมูลงานวิจัย /R๒R ในระดับเขตสุขภาพ ๔. ระบบฐานข้อมูล/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์		
คณะ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี			
๕.๑ บริหารจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งแวดล้อม	๑. การส่งเสริมการลดการเกิดขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายที่ต้นทางแหล่งกำเนิดและการนำขยะไปใช้ประโยชน์ ๒. การเพิ่มศักยภาพการจัดเก็บ ขนส่ง และกำจัดขยะมูลฝอยตกค้างและที่เกิดใหม่ ของเสียอันตรายชุมชน และขยะติดเชื้อ ๓. การเพิ่มศักยภาพการจัดการกากอุตสาหกรรม ๔. การพัฒนากฎ ระเบียบ มาตรการและแนวทางปฏิบัติและกำกับ ดูแลบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด		กรมอนามัย สำนักบริหารการสาธารณสุข สป.
๕.๒ การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	๑. การติดตามสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน - สถานการณ์ในสภาวะปกติ - สถานการณ์ในช่วงเทศกาล ๒. การติดตามปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ๓. การตรวจติดตามความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ทั้งช่วงเทศกาลและตลอดปี		กรมควบคุมโรค สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน

สรุปตัวชี้วัดการตรวจราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ลำดับKPI จาก96ตัว	KPI ตรวจราชการ ปี60	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลักรับผิดชอบ (Focal Point)	ระดับการรายงานข้อมูล	แหล่งข้อมูล	ระยะเวลาประเมินผล	พ.ย. 59	ธ.ค. 59	ม.ค. 60	ก.พ. 60	มี.ค. 60	เม.ย. 60	พ.ค. 60	มิ.ย. 60	ก.ค. 60	ส.ค. 60	ก.ย. 60
2	1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	กรมอนามัย	ประเทศ	สนย.*	ปีละ 1 ครั้ง											
3	2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	กรมอนามัย	จังหวัด	HDC	3 เดือน											
4	3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	กรมอนามัย	จังหวัด	HDC	3 เดือน											
6	4	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	กรมอนามัย	จังหวัด	HDC	ปีละ 2 ครั้ง											
8	5	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	กรมอนามัย	จังหวัด	HDC	ปีละ 1 ครั้ง											
9	6	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	กรมอนามัย	จังหวัด	สนย.*	ปีละ 1 ครั้ง											
12	7	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย/ กรม สบส.	จังหวัด	Evaluation	6 เดือน											
14	8	ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	กรมควบคุมโรค	จังหวัด	Hard Copy	3 เดือน											
15	9	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	กรมควบคุมโรค	จังหวัด	TBcm Online	6 เดือน											
18	10	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	กรมควบคุมโรค	ประเทศ	สนย.*	ปีละ 1 ครั้ง											
19	11	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	กรมควบคุมโรค	ประเทศ	สนย.*	ปีละ 1 ครั้ง											
20	12	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่	กรมควบคุมโรค	จังหวัด	HDC	ปีละ 1 ครั้ง											
21	13	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	อย.	จังหวัด	Hard Copy	3 เดือน											
25	14	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)	กรมการแพทย์	จังหวัด	ระบบ บสต.	3 เดือน											
26	15	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	อย.	เขต	Hard Copy	3 เดือน											
27	16	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	กรม สบส.	เขต	Evaluation	3 เดือน											
28	17	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	กรมอนามัย กรมควบคุมโรค	จังหวัด	Hard Copy	6 เดือน											
30	18	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	สนย.	เขต	Evaluation	3 เดือน											
32	19	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	กรมควบคุมโรค	เขต	HDC	ปีละ 1 ครั้ง											
33	20	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	กรมควบคุมโรค	จังหวัด	HDC	ปีละ 1 ครั้ง											
34	21	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	กรมการแพทย์	ประเทศ	IPD 12แฟ้ม / 43แฟ้ม	6 เดือน											

ลำดับKPI จาก96ตัว	KPI ตรวจราชการ ปี60	ตัวชี้วัด	หน่วยงานหลักรับผิดชอบ (Focal Point)	ระดับการรายงานข้อมูล	แหล่งข้อมูล	ระยะเวลาประเมินผล	พ.ย. 59	ธ.ค. 59	ม.ค. 60	ก.พ. 60	มี.ค. 60	เม.ย. 60	พ.ค. 60	มิ.ย. 60	ก.ค. 60	ส.ค. 60	ก.ย. 60
36	22	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล	กรม สบรส. อย. กรมวิทย์ฯ	เขต	Hard Copy	ปีละ 1 ครั้ง											
38	23	อัตราตายทารกแรกเกิด	กรมการแพทย์	ประเทศ	สนย.*	6 เดือน											
40	24	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย ฯ	จังหวัด	HDC	ปีละ 1 ครั้ง											
42	25	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	กรมสุขภาพจิต	ประเทศ	ทะเบียนราษฎร์ / รง 506 S	ปีละ 1 ครั้ง											
45	26	อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	กรมการแพทย์	ประเทศ	สนย.*	ปีละ 1 ครั้ง											
46	27	ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	กรมการแพทย์	เขต	Hard Copy	6 เดือน											
49	28	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m^2/yr	กรมการแพทย์	จังหวัด	HDC	3 เดือน											
50	29	ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	กรมการแพทย์	จังหวัด	HDC / โปรแกรม vision 2000	6 เดือน											
52	30	จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	กรมการแพทย์	เขต	Hard Copy	3 เดือน											
53	31	ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	กรมการแพทย์	เขต	Evaluation	ปีละ 1 ครั้ง											
56	32	อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)	กรมการแพทย์	ประเทศ	โปรแกรม IS WIN	6 เดือน											
58	33	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	สบรส.	เขต	Evaluation	ปีละ 1 ครั้ง											
59	34	ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ	สนย.	เขต	Evaluation	ปีละ 1 ครั้ง											
72	35	ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	สบช.	เขต	Hard Copy	ปีละ 2 ครั้ง ไตรมาส 2 ,3											
74	36	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้	สนย. กลุ่มบริหารงานบุคคล	ประเทศ	อื่นๆ	ปีละ 1 ครั้ง											
78	37	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	กรม สบส.	ประเทศ	อื่นๆ	3 เดือน											
79	38	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ศูนย์ปราบปรามการทุจริต	จังหวัด	Evaluation	ปีละ 1 ครั้ง											
80	39	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	สบรส.	เขต	Hard Copy	6 เดือน											
83	40	ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	สนย.	ประเทศ	Evaluation	6 เดือน											
88	41	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2560	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน	ประเทศ	อื่นๆ	3 เดือน											
92	42	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	กลุ่มประกันสุขภาพ	เขต	อื่นๆ	3 เดือน											
93	43	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	สำนักวิชาการ	เขต	Hard Copy	ปีละ 1 ครั้ง											

คณะที่ ๑

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ)ทุกกลุ่มวัย

๑.๑.๑กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

๑.๑.๒ เด็กวัยเรียน

๑.๑.๓ วัยรุ่น

๑.๑.๔ วัยทำงาน

๑.๑.๕ ผู้สูงอายุ

๑.๒. ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่

๑.๒.๑ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

๑.๒.๒ การป้องกันควบคุมโรควัณโรค

๑.๒.๓ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๑.๓.๑ การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๑.๓.๒ การเฝ้าระวัง และตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป

๑.๓.๓ การเฝ้าระวังและตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๑.๓.๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อม

กรมอนามัย

กรมสุขภาพจิต

กรมการแพทย์

กรมควบคุมโรค

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สำนักตรวจและประเมินผล

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

คณะที่ ๑

การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

.....

หัวข้อ ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย

๑.๑.๑ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

ตัวชี้วัด ๑) อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๒) ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่า ๘๐

๓) ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑ และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (ชาย ๑๑๓ / หญิง ๑๑๒)

ตัวชี้วัด ๑) อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

สถานการณ์การตายมารดา

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.๒๕๕๙ พบอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๖.๖๓ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) สถานการณ์การตายมารดาในปี ๒๕๕๙ สูงขึ้นเมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๘ ที่พบ ๒๒.๗๓ ต่อการเกิดมีชีพแสนคนไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพพบว่า ในปี๒๕๕๙ พบเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายมีเพียง ๓ เขต ได้แก่ เขต ๓, ๕, ๖ เท่ากับ ๑๒.๕๒, ๑๑.๙๐ และ ๖.๑๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ เขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๒ เท่ากับ ๕๓.๖๒ ต่อการเกิดมีชีพแสนคนส่วนสาเหตุการตายส่วนใหญ่เป็นสาเหตุทางสูติศาสตร์ได้แก่ การตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เริ่มแรกล่าช้า ทำให้การดูแลรักษาและการส่งต่อพบสูติแพทย์ล่าช้าไปด้วยรวมถึงการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานบริการสาธารณสุขที่ไม่เหมาะสม ในภาพรวมของการขับเคลื่อนงานการดำเนินงานในพื้นที่เป็นการบูรณาการร่วมกันของ Service Plan MCH BOARD และระบบ DHS

ประเด็นการตรวจราชการ: ๑. อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๑. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	๑.๑ มีการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ๑.๒ ใช้กลไกการขับเคลื่อนโดย MCHboard ร่วมกับ Service plan วิเคราะห์ วางแผนงานโครงการ การกำกับ ติดตามงาน ปรับแผนฯตามสภาพปัญหาพื้นที่ ๑.๓ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการบริการตามมาตรฐาน	**<u>๓ เดือน</u>** ๑. มีแผนงาน/โครงการลดปัญหาแม่ตายในพื้นที่ ๒. มีการประชุม MCHboard ขับเคลื่อนงานแม่และเด็ก ๓. มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ๔. มีการจัด Zoning

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
		อนามัยแม่และเด็กโดยอบรมทีมประเมินมาตรฐานและผู้ปฏิบัติ ANC&LR ๑.๔ การจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์	ผู้เชี่ยวชาญและการจัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง
อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๒.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๒.๑ จังหวัดมีการรายงาน/สืบสวนสาเหตุการตายมารดาโดยใช้แบบฟอร์ม ก๑-CE และการจัดทำ Conference case วิเคราะห์แก้ปัญหา รวมถึงการส่งกลับข้อมูลสู่หน่วยบริการและศูนย์อนามัย ภายใน ๓๐ วัน ๒.๒ มีข้อมูลการตายมารดา และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและวางแผนงาน ๒.๓ มีรายงานการตายมารดา สาเหตุ การวางแผนแก้ไขปัญหาที่เป็นปัจจุบัน	**<u>๖ เดือน</u>** ๑. จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังการตายมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดที่มีประสิทธิภาพ ๒. MCH board มีการวางแผนแก้ไขปัญหา
อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	๓.๑ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการฝากครรภ์และห้องคลอดตามมาตรฐานโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ๓.๒ การจัดการความเสี่ยงเพื่อลดการตายมารดา ๓.๓ การคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และหญิงคลอดและการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษา ๓.๔ หญิงตั้งครรภ์/คลอดที่มีภาวะเสี่ยง ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมหลังคลอด ๓.๕ สนับสนุนการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ ตามโครงการฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์	**<u>๙ เดือน</u>** ๑. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กร้อยละ ๖๐ ๒. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงพบมีภาวะเสี่ยงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ ๓. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมหรือส่งต่อร้อยละ ๑๐๐ ๔. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ ๑๘ ๕. มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
อัตราส่วนการตาย มารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๔. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ .	๔.๑ ส่งเสริมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ๔.๒ จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	**<u>๑๒ เดือน</u>** ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน หรือสาเหตุการตายจาก PPH&PIH ลดลงร้อยละ ๓๐ จากฐานเดิม
อัตราส่วนการตาย มารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๕. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของครอบครัว ชุมชน	๕.๑ ทีมหมอครอบครัว (FCT) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ส่งฝากท้องทันที และแนะนำกินยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก โฟลิค เริ่มที่ไตรมาสแรก ๕.๒ ชุมชน ท้องถิ่นมีส่วนร่วมโดยจัดทำแผนพัฒนาแม่และเด็กองค์รวมในระดับตำบล๕.๓.มีแผนการประชาสัมพันธ์สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้น เรื่องฝากท้องเร็ว โภชนาการ ภาวะเสี่ยงฯ ๕.๓ สามี/ญาติร่วมเข้าโรงเรียนพ่อแม่เพื่อการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
๑.นพ.สราวุฒิ บุญสุข	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี กรมอนามัย	๐๘๑-๙๐๘-๑๗๖๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐-๔๔๒๗ Email:wutmd๓๙ju@hotmail.com	กำกับ ติดตาม และให้ข้อมูลวิชาการ
๒. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษกรมอนามัย	โทรศัพท์๐๒-๕๙๐-๔๔๒๕ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐-๔๔๒๗ Email: noi_๕๕@hotmail.com	กำกับ ติดตาม และให้ข้อมูลวิชาการ
๓.นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ	นักวิชาการสาธารณสุข กรมอนามัย	โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๔๔๓๘ โทรสาร ๐๒-๕๙๐-๔๔๒๗ E-mail: loogjun.ph@hotmail.com	รวบรวม ตรวจสอบและนำเสนอผลการดำเนินงาน

รายละเอียดตัวชี้วัด

Template อัตราส่วนการตายมารดา	
ประเด็นยุทธศาสตร์	๑. ส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย / ๒. ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ
เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์	ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย
ตัวชี้วัดหลัก	อัตราส่วนการตายมารดา ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ค่าเป้าหมาย	ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
คำนิยาม	**การตายมารดา** หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอดภายใน ๔๒ วันไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
วัตถุประสงค์	๑. พัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital) ๒. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ ๓. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงานสืบสวนมารดาตาย (CE) จาก สสจ.ไปยังศูนย์อนามัย และกรมอนามัยภายใน ๑๕ วัน ๒. รายงานการ Conference Case มารดาตายของ MCH board ๓. รายงานการตาย สนย. (Web รายงานการตาย สนย.) ๔. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย (สำรวจการตายมารดาโดยกรมอนามัยจากแบบรายงาน CE ทุก ๓ ปี)
แหล่งข้อมูล	๑. โรงพยาบาล ๒. ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอดภายใน ๔๒ วัน ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด (นับตามจังหวัดที่ตาย)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจาก สนย.)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐,๐๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน

Template อัตราส่วนการตายมารดา					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	**Baseline data**	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
			๒๕๕๖	**๒๕๕๘**	**๒๕๕๙**
		อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน	๒๓.๓๒ (WHO)	๒๐.๓ (WHO)	๒๖.๖๓ (สตป.๒๕๕
เกณฑ์การประเมิน :	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	-	-	-	ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	
วิธีการประเมินผล :	กรมอนามัย นำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบและประมวลผล ในการหาสัดส่วนการตายและสาเหตุการตาย				
เอกสารสนับสนุน :	๑. แบบรายงานการตายมารดา CE, แบบรายงาน ก๑, แบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆ ถ้ามี) ๒. มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital)				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นายแพทย์สราวุฒิ บุญสุข ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานีกรมอนามัย โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๐๘-๑๗๖๑ Email: wutmd๓๙ju@hotmail.com ๒. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย โทรศัพท์ : ๐๒-๕๙๐-๔๔๒๕ E-mail : noi_๕๕@hotmail.com				
ผู้บันทึกข้อมูลส่วนกลาง	๑. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ ๒. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	๑. กรมอนามัย ๒. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เบอร์โทร : ๐๒-๕๙๐-๔๔๓๘ e-mail : loogjun.ph@hotmail.com				

หัวข้อ ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย
๑.๑.๑ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

ตัวชี้วัด ๒) ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่า ๘๐

สถานการณ์

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี ๒๕๕๙ พบว่าเด็กอายุ ๐-๕ ปีมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๘.๗๙ เกินเป้าหมายร้อยละ ๘๕ จากการคัดกรองพัฒนาการตามกลุ่มอายุ (ผลการคัดกรองตั้งแต่วันที่ ๔-๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙) พบเด็กอายุ ๙ ,๑๘ ,๓๐ ,๔๒ เดือนมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๓.๓๐ เป้าหมายร้อยละ ๒๐ เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการตีดตามกระตุ้นร้อยละ ๕๕.๙๙ และหลังได้รับการกระตุ้นเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๙๔.๓๖ พบเด็กพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๕.๖๔ แบ่งเป็นพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ ๕๒.๒๕ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ร้อยละ ๔๗.๑ ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ ๔๗.๐๒ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ร้อยละ ๓๔.๖๒ และด้านการช่วยเหลือตนเอง (PS) ร้อยละ ๓๑.๘๘

ประเด็นการตรวจราชการ : ๒. เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการเด็กสมวัย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่า ๘๕	๑. ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน	๑.๑ มีกลไกการขับเคลื่อนโดย MCH board ประชุม ร่วมกับ Service plan สาขาเด็กและคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยจังหวัด เพื่อวิเคราะห์ วางแผนและขับเคลื่อนการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทุก ๓ เดือน ๑.๒ ใช้กลไกของ DHS สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการพัฒนาเด็กอย่างองค์รวม ๑.๓ พัฒนาศักยภาพบุคลากร - อบรมนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำโรงพยาบาล - อบรมหลักสูตรครูพี่เลี้ยงเด็ก - อบรมหลักสูตรนมแม่โรงพยาบาลชุมชน - อบรมหลักสูตรนักสื่อสารตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ๑.๔ มีการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง	**<u>๓ เดือน</u>** ๑) ประชุมคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดและหรือ MCH board เพื่อขับเคลื่อนงานและมีรายงานการประชุม ๒) มีแผนงาน/โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามบริบทปัญหาของพื้นที่ ๓) จังหวัดสนับสนุนศูนย์เด็กเล็กให้จัดบริการตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ ๔) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการ หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าติดตามกระตุ้นพัฒนาการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่า ๘๕	๒.ระบบบริการที่มีคุณภาพ	๒.๑ หน่วยบริการฯทุกระดับให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ เข้าถึง เท่าเทียม และสอดคล้องกับมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ๒.๒ มีการจัดหน่วยบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีเคลื่อนสู่ชุมชน และศูนย์เด็กเล็ก ๒.๓ จัดระบบการให้ความรู้ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ เน้นให้พ่อแม่ สามารถเฝ้าระวังพัฒนาการ การเจริญเติบโตและการเจ็บป่วยของลูก โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและคู่มือดูแลสุขภาพของลูกและบันทึกข้อมูลสุขภาพลูก ๒.๔ ประเมินตนเองตามมาตรฐาน WCC และศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ส่งทีมประเมินมาตรฐานระดับจังหวัดประเมินซ้ำ ส่งผลการประเมินฯไปยังทีมศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมินและรับรองมาตรฐานฯ ๒.๕ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	**<u>๖ เดือน</u>** ๑) พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe motherhood and baby friendly Hospital) ๒) สร้างการมีส่วนร่วมภาคีภาครัฐ เอกชน ชุมชน กระตุ้นให้เกิดการใฝ่เรียนรู้ของเด็ก โดยจัดกิจกรรม อ่านเล่านิทาน เล่น ศิลปะ ดนตรี และฝึกภาษาที่ ๒ ในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ๓) ประสานศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน และเทศบาล เพื่อจัดทำโครงการส่งเสริมทักษะความเป็นเลิศตามความถนัดและความชอบของเด็กปฐมวัย
ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่า ๘๕	๓. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัย	๓.๑ มีแผนการสอนพ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก (โรงเรียนพ่อแม่) การเลี้ยงดูเด็กด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า ในหน่วยบริการฯ ทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และครอบครัว ด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๓.๒ จังหวัดมีการจัดมหกรรมชวนลูกเล่นตามรอยพระยุคลบาท ๓.๓ มีกิจกรรมการสื่อสารสังคมด้วยสื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้น การเลี้ยงดูเด็กด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า ๓.๔ ทีมหมอครอบครัว (FCT) เยี่ยมบ้าน ค้นหาเด็ก ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือน สงต่อเข้ารับการประเมินพัฒนาการเด็กพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าขึ้นทะเบียนกระตุ้นพัฒนาการ	**<u>๙ เดือน</u>** ๑) ส่งเสริมให้พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูใช้สมุดสีชมพูในการดูแลสุขภาพตนเองและเด็ก ๒) จังหวัดคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบศูนย์เด็กเล็กวัยเตาะแตะ (๓ เดือน – ๒ ปีครึ่ง) ประจำจังหวัดละ ๑ แห่ง ๓) จังหวัดมีต้นแบบมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทฯ ใน WCC อย่างน้อย ๑ แห่ง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่า ๘๕	๔. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๔.๑ มีการรวบรวมข้อมูลบริการจาก ๔๓ แฟ้มสรุปวิเคราะห์ ๓ เดือน ๔.๒ มีข้อมูลปัญหาสุขภาพของเด็ก ใช้ประกอบวิเคราะห์ วางแผนแก้ปัญหาและการป้องกัน ได้แก่ ๑) ทารกคลอดก่อนกำหนด ๒) ทารกแรกเกิดน้ำหนัก≥๒,๕๐๐กรัม ๓) ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ๔) อัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ๕) พัฒนาการเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า , การแก้ไขพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า ๖) ภาวะโภชนาการ ๗) สุขภาพช่องปาก ๘) การได้รับวัคซีนตามวัย เป็นต้น ๔.๓ มีสถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยปี ๒๕๕๙ โดยการสำรวจศูนย์อนามัยร่วมจังหวัด	**<u>๑๒ เดือน</u>** ๑) มีระบบเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กสมวัย ๒) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (DSPM) และพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐ ๓) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามและประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ๔) เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๕ ๕) จังหวัดมีต้นแบบศูนย์เด็กเล็กวัยเตาะแตะ (๓ เดือน-๒ ปีครึ่ง)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
๑. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะลีพรรณ	นายแพทย์ชำนาญการ กรมอนามัย	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๕๗๙ โทรสาร : ๐๒ – ๕๙๐๔๔๐๗ E-mail : teerboon@hotmail.com	กำกับ ติดตาม และให้ข้อมูลวิชาการ
๒.นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย	โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๔๔๒๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐-๔๔๒๗ Email: jin_pattana@yahoo.com	กำกับ ติดตาม และให้ข้อมูลวิชาการ
๓.นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ	นักวิชาการสาธารณสุข กรมอนามัย	โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๔๔๓๘ โทรสาร ๐๒-๕๙๐-๔๔๒๗ E-mail: loogjun.ph @hotmail.com	รวบรวม ตรวจสอบและนำเสนอผลการดำเนินงาน

รายละเอียดตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	**ร้อยละของเด็ก อายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย**
ประเด็นยุทธศาสตร์	PP Excellent : การดูแลพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี
เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์	เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย
ชื่อตัวชี้วัด proxy :	๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือนที่พบผลการตรวจคัดกรองสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ
คำนิยาม	• เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กผ่านไม่ครบ ๕ ด้านในการประเมินพัฒนาการครั้งแรก • เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำ ภายใน ๓๐ วัน • เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง
ค่าเป้าหมาย	• ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย เป้าหมายร้อยละ ๘๕ • ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ • ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือนหมายถึง เด็กที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้า ได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม ๒. ศูนย์อนามัย รวมรวบข้อมูล วิเคราะห์ เขียนรายงานรายไตรมาส ส่งกรมอนามัย
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน <u>มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการในเวลาเดียวกัน</u>
รายการข้อมูลที่ ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน <u>ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง</u> ในเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ ๓	C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการ<u>ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน</u> ในเวลาเดียวกัน

ชื่อตัวชี้วัด	**ร้อยละของเด็ก อายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย**
รายการข้อมูล ๕	D = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ผ่านครบ ๕ ด้าน
รายการข้อมูล ๖	E=จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ ๕ ด้าน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) = $\frac{A}{B} \times 100$ ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ = $\frac{C}{A} \times 100$ ๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย = $\frac{D+E}{B} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / ศูนย์อนามัย กรมอนามัย

เกณฑ์การประเมิน :

๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาสมวัย

๕ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๕๙ -กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐) , ๕ เดือนหลัง (มีนาคม ๒๕๖๐ - กรกฎาคม ๒๕๖๐)

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๘๓	๘๔	๘๕	๘๖	๘๗

๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)

๕ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๕๙ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐) , ๕ เดือนหลัง (มีนาคม ๒๕๖๐ - กรกฎาคม ๒๕๖๐)

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๒๐	๒๔	๒๘	๓๒	๓๖

๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือนได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ

๕ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๕๙ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐), ๕ เดือนหลัง (มีนาคม ๒๕๖๐ - กรกฎาคม ๒๕๖๐)

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๙๕

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็ก อายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :

(P=Partnership, I=Investment, R=Regulation , A=Advocacy, B=Building capacity)

P : ๑) ใช้กลไกคณะกรรมการแผนบูรณาการ/กรรมการ – อนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ - จังหวัด และ MCH Board กำกับ ติดตามการดำเนินงาน และจัดบริการที่ได้มาตรฐาน เข้าถึงบริการเท่าเทียม(Health สุขภาพดี สูงสมส่วน)

๒) ใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อเสนอเชิงนโบบายขับเคลื่อนส่งเสริมพัฒนาการเด็ก(ร่าง พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ../**ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๐**)

B : ๑) สร้างความตระหนักรู้ การเลี้ยงดูเด็กโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ส่งเสริมพัฒนาการ ด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดูช่องปาก นอน (Heart ดี มีวินัย)

๒) ส่งเสริมทักษะความเป็นเลิศตามความถนัดและความชอบของเด็กปฐมวัย (Hand มีทักษะ)

I : ประสานแหล่งเงินทุน (UNICEF, สปสช., OKMD, WHO, สสส.) เพื่อพัฒนารูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ การผลักดันกฎหมาย Code milk การปรับมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กของหน่วยบริการ ,การพัฒนาเด็กปฐมวัย)

P : สร้างการมีส่วนร่วม ภาครัฐ เอกชน ชุมชน กระตุ้นการใฝ่เรียนรู้ของเด็ก ด้วยการอ่านเล่านิทาน การเล่น ศิลปะ ดนตรีและฝึกภาษาที่ ๒ ในศูนย์เด็กเล็กและ รรงอนุบาล **(Head ใฝ่เรียนรู้)**

A : สร้างการสื่อสารสาธารณะ ในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น SMS< E- book , Appication เป็นต้น

Small Success :

บทบาทหน่วยงาน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ส่วนกลาง	๑.พัฒนามาตรฐานระบบบริการ MCH คุณภาพ ๒. เสนอ (ร่าง) พรบ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ...เข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีและ สนช. ๓. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็น : การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม	๑.เยี่ยมเสริมพลัง (Coaching) โดยส่วนกลาง (ทีมผู้ตรวจและทีมกรมอนามัย) ศูนย์อนามัย ๒. อบรมปฏิบัติการนักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ประจำโรงพยาบาล หลักสูตรเร่งรัด ๓.อบรมทีมวิทยากรระดับเขตเพื่อสนับสนุนการอบรมครูพี่เลี้ยงเด็กศูนย์เด็กเล็ก ๔. พัฒนาเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก (DSPM)	๑. สุ่มประเมินโรงพยาบาลตามมาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ๒. การเก็บข้อมูลภาคสนามการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยครั้งที่ ๖ (DENVER II) และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว ๓. มี พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ...	๑. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการประเมินคัดกรอง พัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ๒๐ ๒. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ๓. เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๕ ๔. รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยครั้งที่ ๖ (DENVER II)

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็ก อายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย			
				๕. ต้นแบบศูนย์เด็กเล็กวัยเตาะแตะ (๓ เดือน-๒ ปีครึ่ง) จำนวน ๗๗ แห่ง ๖. โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ร้อยละ ๖๐
เขตสุขภาพ/ สสจ./รพศ./ รพท.	๑) ประชุมคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดและหรือ MCH board เพื่อขับเคลื่อนงานและมีรายงานการประชุม ๒) มีแผนงาน/โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามบริบทปัญหาของพื้นที่ ๓) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการประเมินคดกรองพัฒนาการ หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ๔) ให้ความรู้ ฝึกทักษะตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ และมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกวา ๖ ปี ด้วยกิจกรรม	๑) ให้ความรู้ ฝึกทักษะตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ และมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกวา ๖ ปี ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดูช่องปาก นอน และกระตุ้นให้สมัครรับข้อความสั้นตามโครงการ SMS ครอบครัวผูกพัน ๒) พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe motherhood and baby friendly Hospital) และให้สถานบริการฯประเมินตนเองแล้วส่งผลการประเมินมายังกรมอนามัย เพื่อรับการสุ่มประเมิน ๓) สร้างการมีส่วนร่วมภาคีภาครัฐ เอกชน ชุมชน กระตุ้นให้เกิดการใฝ่เรียนรู้ของเด็ก	๑) ส่งเสริมให้พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูใช้สมุดสีชมพูในการดูแลสุขภาพตนเองและเด็ก ๒) จังหวัดคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบศูนย์เด็กเล็กวัยเตาะแตะ (๓ เดือน–๒ปีครึ่ง) ประจำจังหวัดละ ๑ แห่ง ๓) จังหวัดมีต้นแบบมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทฯ ใน WCC อย่างน้อย ๑ แห่ง ๔) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการประเมินคดกรองพัฒนาการ หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	๑) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (DSPM) และพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ๒๐ ๒) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามและประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ๓) เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๕ ๔) จังหวัดมีต้นแบบศูนย์เด็กเล็กวัยเตาะแตะ (๓ เดือน-๒ ปีครึ่ง)

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็ก อายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย			
	กิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดูช่องปาก นอน และกระตุ้นให้สมัครรับข้อความสั้น ตาม โครงการ SMS ครอบครัวผูกพันเฉลิม พระเกียรติ พระนาง เจ้าสิริกิติ์พระบรม ราชินีนาถ ๖) จังหวัดสนับสนุน ศูนย์เด็กเล็กให้ จัดบริการตาม มาตรฐานศูนย์ เด็กเล็กแห่งชาติ	โดยจัดกิจกรรม อ่านเล่านิทาน เล่น ศิลปะ ดนตรี และฝึก ภาษาที่ ๒ ในศูนย์เด็ก เล็กและโรงเรียนอนุบาล ๔) ประสานศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน และเทศบาล เพื่อจัดทำโครงการ ส่งเสริมทักษะความเป็น เลิศตามความถนัด และ ความชอบของเด็ก ปฐมวัย ๕) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคน หากพบพัฒนา การ สงสัยล่าช้าติดตาม กระตุ้นพัฒนาการ		
อำเภอ/รพช./ พื้นที่	๑) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคน ได้รับการประเมินคด กรองพัฒนาการ หาก พบพัฒนาการสงสัย ล่าช้าติดตามกระตุ้น พัฒนาการ ๒) ให้ความรู้ ฝึกทักษะ ตามมาตรฐานโรงเรียน พ่อแม่ให้กับหญิง ตั้งครรภ์ และมารดาที่มี บุตรอายุต่ำกวา ๖ ปี ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดูช่องปาก นอน และกระตุ้นให้ สมัครรับข้อความสั้น ตามโครงการ SMS ครอบครัวผูกพันเฉลิม พระเกียรติ พระนางเจ้า	๑) ให้ความรู้การปฏิบัติ ตัวของหญิงตั้งครรภ์และ การเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำ กวา ๖ ปี ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดู ช่องปาก นอน /กระตุ้น ให้สมัครรับข้อความสั้น ตามโครงการ SMS ครอบครัวผูกพัน และจัด กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ในสถานบริการ สาธารณสุขทุกระดับ ๒) พัฒนาสถานบริการ สาธารณสุขตาม มาตรฐานบริการอนามัย แม่และเด็กคุณภาพ (Safe motherhood and baby friendly Hospital) และให้สถาน	๑) ส่งเสริมให้พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูใช้สมุดสี ชมพูในการดูแลสุขภาพ ตนเองและเด็ก ๒) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคน ได้รับการประเมินคด กรองพัฒนาการ หาก พบพัฒนาการสงสัย ล่าช้าติดตามกระตุ้น พัฒนาการ	๑) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคน ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ (DSPM) และ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อย กว่า ร้อยละ ๒๐ ๒) เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามและ ประเมินพัฒนาการซ้ำ ภายใน ๓๐ วัน ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๙๐ ๓) เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕

ชื่อตัวชี้วัด	**ร้อยละของเด็ก อายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย**			
	สิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ	บริการฯประเมินตนเอง แล้วส่งผลการประเมิน มายังกรมอนามัย เพื่อ รับการสุ่มประเมิน		
หมายเหตุ เนื่องจากการดำเนินการวัดด้วยเครื่องมือ DenverII เป็นการสำรวจ ๓ ปี/ครั้ง (ปี ๒๕๖๐ เป็นปีที่ ๖ ที่ต้องสำรวจ จึงไม่สามารถออกผลได้ทุกปี และตามไตรมาส จึงใช้ตัวชี้วัด Proxy เป็นตัวค่าประมาณการพัฒนาการเด็ก				
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับเป้าหมาย			
เอกสารสนับสนุน :	๑. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๒. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล ๓. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) ๔. คู่มือมิสนมแม่ ๕. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	๗๘.๒ (DENVER II DOH.๒๕๕๘)	-	๙๔.๖ (DSPM สตป. ๒๕๕๙ ผลติดตามประเมินซ้ำ)
ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	ร้อยละ	๑๒.๗ (๔๓ แฟ้ม สนย. ๒๕๕๗)	๑๙.๐ (DSPM สตป. ๒๕๕๘)	๒๓.๓๐ (DSPM สตป. ๒๕๕๙)
ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายในเวลา ๓๐ วัน	ร้อยละ	-	-	๕๗.๐๕ (DSPM สตป. ๒๕๕๙)

ชื่อตัวชี้วัด	**ร้อยละของเด็ก อายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย**
ผู้กำกับตัวชี้วัด	๑.นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย โทร ๐๒ ๕๙๐ ๔๐๔๙ E-mail:drwachira๙๙@gmail.com ๒. นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒ ๕๙๐ ๔๐๐๗ E-mail :drthong@gmail.com ๓. นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒ ๕๙๐ ๔๑๒๑ E-mail : attapon๒๐๐๘@gmail.com
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กรมอนามัย ๑. นายแพทย์ธีรชัย บุญยะลีพรรณ นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๕๗๙ โทรสาร : ๐๒ - ๕๙๐๔๔๐๗ E-mail : teerboon@hotmail.com ๒. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร (รก.) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๔๒๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๖๖๑๓๐๖๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๔๔๒๗ E-mail : Jinpat๒๕๐๓@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางกิติมา พัวพัฒนกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒ ๕๙๐ ๔๕๗๙ E-mail : puapat@yahoo.com ๒. นางสาวณัชชา เปรมประยูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒ ๕๙๐๔๕๗๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๘ ๓๐๘๙๐๕๕ โทรสาร : ๐๒ ๕๙๐๔๔๐๗ E-mail : nutcha.p@anamai.mail.go.th

หัวข้อ ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย

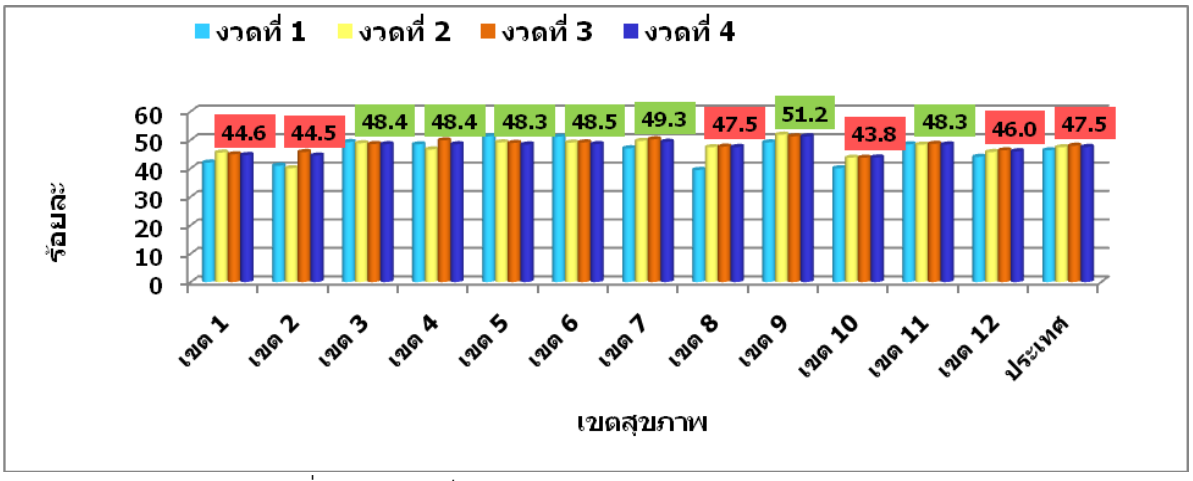
๑.๑.๑ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

ตัวชี้วัด ๓) ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑ และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (ชาย ๑๑๓ / หญิง ๑๑๒)

สถานการณ์และสภาพปัญหา

เด็กแรกเกิด – ๕ ปี เป็นช่วงวิกฤติของการพัฒนาสมอง และวัยทารกมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โภชนาการที่ดีตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนถึงอายุ ๕ ปี จะช่วยสร้างเซลล์สมอง ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบกระดูก ระบบภูมิต้านทานโรค อวัยวะภายในของร่างกายให้สมบูรณ์ ส่งผลต่อการเจริญเติบโตองค์ประกอบของร่างกาย และการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ (Full Potential Growth) โดยดูจากโครงสร้างร่างกายของเด็ก คือ มีส่วนสูงดีและสมส่วน เด็กปฐมวัยที่มีส่วนสูงดีสัมพันธ์กับระดับเชาวน์ปัญญาดี มีความสามารถในการเรียนรู้ มีความสำเร็จในการศึกษา อาชีพ รายได้ดี มีประสิทธิภาพในการทำงาน ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นส่วนสูงของเด็กปฐมวัย จึงเป็นตัวบ่งชี้ทางอ้อม (proxy indicator) ของสุขภาพและคุณภาพชีวิตในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนั้น ยังสามารถพัฒนาสู่ความเป็นเลิศทางด้านกีฬา ลดความเสียเปรียบด้านโครงสร้างร่างกาย เด็กสูงดีและสมส่วน ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรค ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อหรือเป็นแล้วหายเร็วทำให้ลดความเสี่ยงการเสียชีวิต ส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลลดลงทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ เป็นผลให้ผลผลิตมวลรวมของประเทศเพิ่มมากขึ้น

เด็กคืออนาคตของสังคมและประเทศชาติ จึงต้องส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนเพื่อเป็นทุนมนุษย์ในการขับเคลื่อนประเทศ ๔.๐ ไปสู่เป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แต่ปัจจุบันมีเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน เพียงร้อยละ ๔๗.๕ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑



แผนภูมิที่ ๓ ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ปี ๒๕๕๙ แยกรายเขต

ที่มา: ข้อมูลรายงาน HDC สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การที่เด็กไม่สูงดีสมส่วน มีสาเหตุโดยตรงมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม โดยพบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนแรก ร้อยละ ๒๓.๑ ซึ่งอัตรายังต่ำมาก ส่วนการให้อาหารอื่นนอกจากนมแม่ที่อายุ ๖-๑๑ เดือน พบทารกอายุ ๖-๘ เดือน และทารกอายุ ๙-๑๑ เดือน ได้รับอาหารตามวัยไม่เพียงพอถึงร้อยละ ๒๘.๐ และร้อยละ ๒๙.๙ ตามลำดับ (จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศ

ไทย(MICS) ปี ๒๕๕๙) สำหรับเด็กอายุ ๑-๕ ปี มีปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ ไม่กินอาหารเช้า กินอาหารมื้อหลักไม่ครบ ๓ มื้อ ไม่กินผัก ผลไม้ และนม ทุกวัน แต่ละวันกินไม่เพียงพอ กินอาหารไม่มีประโยชน์ทุกวัน เช่น ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมขบเคี้ยว ลูกอม เป็นต้น (รายงานสุขภาพเด็ก ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒)

สิ่งเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานโภชนาการยังไม่มีประสิทธิภาพทั้งในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์เด็กเล็ก และชุมชน โดยพบว่า มีการให้บริการคล้ายคลึงกัน ต่างกันที่คุณภาพบริการ กล่าวคือ การให้บริการโภชนาการใน ANC ไม่ครบ ใช้กราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ทุกครั้งร้อยละ ๗๙.๘ สอนอาหารหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ ๔๗.๖ (การวิจัยคุณภาพบริการในคลินิกฝากครรภ์ ปี ๒๕๔๙) หญิงตั้งครรภ์ไม่กินยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ทุกวันร้อยละ ๑๖.๔ (สำนักโภชนาการ ปีพ.ศ.๒๕๕๘) สำหรับเด็กอายุ ๐-๕ ปี ให้บริการโภชนาการ WCC ไม่ครบ คือ ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ถูกต้องร้อยละ ๑๖ แจ้งผลการประเมินการเจริญเติบโตร้อยละ ๗๖ ให้คำแนะนำทางโภชนาการร้อยละ ๘๐ ให้วิตามินน้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ ๔๖.๖ (รายงานการประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๔) อสม.ขาดความรู้โภชนาการ ไม่ได้รับการอบรมร้อยละ ๕๓.๓ ไม่ได้แนะนำการใช้กราฟการเจริญเติบโตร้อยละ ๒๗.๗ (การส่งเสริมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ๒๕๕๒) ศูนย์เด็กเล็กดำเนินงานโภชนาการไม่ได้มาตรฐานทางโภชนาการ คือ มีเครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงไม่เหมาะสม/ไม่ได้มาตรฐานร้อยละ ๑๐๐ แปลผลการเจริญเติบโต ๓ เกณฑ์ ร้อยละ ๓๑.๖ แจ้งผลให้ผู้ปกครองร้อยละ ๗๘.๙ มีผักมื้อกลางวันทุกวันร้อยละ ๓๖.๘ มีผลไม้ให้ทุกวันร้อยละ ๑๐.๕ (การประเมินผลการดำเนินงานโภชนาการใน ศูนย์เด็กเล็ก ปี ๒๕๕๑)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

การส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

๑. การขับเคลื่อนนโยบายเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

๒. การมีส่วนร่วมเพื่อเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

๓. การจัดบริการโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย โดย PCC

เป้าหมาย	มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๑	**ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : ๑. การขับเคลื่อนนโยบายเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน**		
	ขับเคลื่อนนโยบายโภชนาการ ๒,๕๐๐ วันแรก และนโยบายดื่มนมแห่งชาติ	๑.๑ จังหวัดถ่ายทอดนโยบายเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนให้แก่ระดับอำเภอและตำบล ๑.๒ จังหวัด/อำเภอ/ตำบลกำหนดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	<u>รอบ ๓/๖ เดือน</u> ๑. จังหวัดมีนโยบายเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน และบุคลากรสาธารณสุข ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสตรีและเด็กรับทราบนโยบาย พร้อมทั้งมีแผนงาน/โครงการรองรับนโยบาย
	ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : ๒. การมีส่วนร่วมเพื่อเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน		
	พัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (อาหารแม่และเด็ก ยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก กิจกรรมทางกาย การนอน) ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย	๒.๑ จังหวัด/อำเภอ/ตำบล มีการประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ๒.๒ จังหวัด/อำเภอ/ตำบล มีแผนพัฒนางานโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกายและการนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน ๕ setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุข อปท. ศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน และครอบครัว ๒.๓ มีผลการดำเนินงานพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ๑. มีการประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยทุกตำบล ๒. มีแผนพัฒนางานโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกายและการนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน ๕ setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุข อปท. ศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน และครอบครัว ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด <u>รอบ ๙/๑๒ เดือน</u> ๓. จังหวัดมีตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ทุกอำเภอ อย่างน้อยอำเภอละ ๑ ตำบล
	ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : ๓. การจัดบริการโภชนาการและสุขภาพช่องปากในสตรีและเด็กปฐมวัย โดยกลไก PCC		
	ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปาก โดยใช้กลไกเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)	๓.๑ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปาก โดยใช้กลไกเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) ๓.๒ จังหวัดและอำเภอมีการประเมินผลการดำเนินงานของ PCC ในการจัดบริการโภชนาการและสุขภาพช่องปากสตรีและเด็กปฐมวัย	<u>รอบ ๓/๖ เดือน</u> ๑. มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปาก โดยใช้กลไกเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) <u>รอบ ๙/๑๒ เดือน</u> ๑. PCC มีการจัดบริการโภชนาการและสุขภาพช่องปากสตรีและเด็กปฐมวัยอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ๒. มีผลการดำเนินงานจัดบริการโภชนาการและสุขภาพช่องปากสตรีและเด็กปฐมวัยโดย PCC ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการและเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักโภชนาการ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นางณัฐวรรณ เชาวน์ลิลิตกุล	ตำแหน่ง นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๓๒๗ Mobile ๐๙๕ ๓๘๔ ๕๙๗๔ e-mail : nutwan๖๕@gmail.com	กำกับ ติดตาม และให้ข้อมูลวิชาการ
นายสุพจน์ รื่นเริงกลิ่น	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักโภชนาการ	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๓๒๗ Mobile.....-..... e-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th	รวบรวม ตรวจสอบและนำเสนอผลการดำเนินงาน

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**
โครงการที่	**1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี**
คำนิยาม	**เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง** เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน **สูงดี หมายถึง** เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ **สมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง **สูงดีสมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) **ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง** ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	51	54	57	60	ร้อยละ 63
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี					
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-		-	-	113
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-			-	112

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ (Full Potential Growth) 2. เพื่อให้บรรลุเป้าหมายโลก ได้แก่ Global Nutrition Targets, SDG และ The Zero Hunger Challenge 3. เพื่อให้เด็กมีระดับเชาวน์ปัญญาดี 4. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานในวัยผู้ใหญ่ 5. เพื่อสร้างภูมิต้านทานโรค สุขภาพแข็งแรง 6. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยทำงานและผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 2) การสำรวจทุกๆ 3 ปี โดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดทุกจังหวัด
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กดี) 2) หมู่บ้าน 3) ศูนย์เด็กเล็ก
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน = (A1/B1) × 100 ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = (A2/B2) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = (A3/B3)
ระยะเวลาประเมินผล	1) เด็กอายุ 0-5 ปี ปีละ 4 ครั้ง คือ ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 2) สำรวจภาวะการเจริญเติบโตเด็กอายุ 0-5 ปี ทุกๆ 3 ปี

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประกาศนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน - จัดทำและสนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็ก สูงดีสมส่วน - ประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วนแก่เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัย - จัดทำการสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 10 ของจังหวัดมีการถ่ายระดับเรื่องนโยบาย เด็กปฐมวัย สูงดีสมส่วนให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับและบุคลากรสาธารณสุขทุกคนรับทราบ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 20 ของจังหวัดมีการถ่ายระดับเรื่องนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับและบุคลากรสาธารณสุขทุกคนรับทราบ - ร้อยละ 10 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริม	- ร้อยละ 30 ของจังหวัดมีการถ่ายระดับเรื่องนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับและบุคลากรสาธารณสุขทุกคนรับทราบ - ร้อยละ 20 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วนอย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน

		เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 51 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 40 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 30 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 10 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 50 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 40 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 20 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 50 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 30 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 54 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูง	- ร้อยละ 70 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 80 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบาย	- ร้อยละ 90 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน

ดีสมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 60 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 40 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	เด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 70 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 50 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 80 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 60 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 57 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 90 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 70 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริม เด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดี สมส่วน	- ร้อยละ 100 ของจังหวัดสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 80 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 90 ของจังหวัดสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 60 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็ก สูงดีสมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดี สมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 10 ของจังหวัดมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 20 ของจังหวัดมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 30 ของจังหวัดมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 63 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

วิธีการประเมินผล :	1. มีโครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน 2. สุ่มสำรวจในเรื่อง การรับทราบนโยบายของหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุข การสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน การสร้างครอบครัวนักโภชนาการ การสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 3. หนังสือคู่มือการพัฒนาสู่องค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพ 4. มาตรการสำคัญและชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

*ข้อมูลรายงานจาก HDC ปี 2558

**รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางณัฐวรรณ เชาวน์ลิลิตกุล นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : nutwan65@gmail.com 2. นายสุพจน์ รื่นเริงกลิ่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th

	3. นางสาวณัฐนิช อินทร์ขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 4. นางสาวอารียา กูโน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 **สำนักโภชนาการ กรมอนามัย**	นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nattanit.i@anamai.mail.go.th นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : areeya.k@anamai.mail.go.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองแผนงาน กรมอนามัย	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายสุพจน์ รื่นเริงกลิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 2. นางสาวณัฐนิช อินทร์ขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 3. นางสาวอารียา กูโน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904327 โทรสาร : 02-5904339 **กรมอนามัย**	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : supoj.a@anamai.mail.go.th นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : nattanit.i@anamai.mail.go.th นักโภชนาการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : areeya.k@anamai.mail.go.th

หัวข้อ ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย

๑.๑.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียน

ตัวชี้วัด ๑) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖)

๒) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)(ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒)

๓) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า๑๕ปีไม่เกิน๕ ต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัด ๑) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖)

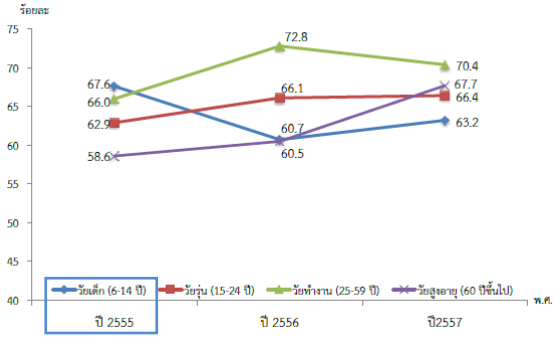
สถานการณ์

จากการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนอายุ ๖ -๑๔ ปี ในปีการศึกษา ๒๕๕๘ ภาคเรียนที่ ๑ พบว่าอยู่ในเกณฑ์สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๒.๖ (จำนวน ๑,๔๑๖,๔๘๐ คน) และภาคเรียนที่ ๒ ร้อยละ ๖๔.๒ (จำนวน ๖๘๒,๐๓๐ คน) จากจำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด ๒,๒๖๔,๓๕๐ คน และ ๑,๐๖๑,๕๙๘ คน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลในปีการศึกษาเดียวกัน พบว่าเด็กวัยเรียนมีส่วนสูงดีและรูปร่างสมส่วนเพิ่มขึ้น ในปีการศึกษา ๒๕๕๙ ภาคเรียนที่ ๑ พบร้อยละ ๖๔.๒ (จำนวน ๑,๘๙๙,๑๔๙ คน) จากจำนวนเด็กที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด จำนวน ๒,๙๕๗,๖๓๑ คน ถึงแม้ว่าสถานการณ์ของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนยังคงที่ แต่จะเห็นได้ชัดเจนว่ากลุ่มเป้าหมายมีความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น

ส่วนภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน ในปีการศึกษา ๒๕๕๘ ภาคเรียนที่ ๑ พบร้อยละ ๑๒.๕ (จำนวน ๓๑๖,๙๐๕ คน) และภาคเรียนที่ ๒ พบร้อยละ ๑๒.๒ (จำนวน ๒๙๐,๘๗๖ คน) จากจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด จำนวน ๒,๕๔๕,๐๗๒ คนและ ๒,๓๘๓,๔๕๘ คน ตามลำดับ สรุปได้ว่าภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนลดลงในปีการศึกษาเดียวกัน ส่วนปีการศึกษา ๒๕๕๙ ภาคเรียนที่ ๑ พบร้อยละ ๑๓.๑ (จำนวน ๓,๗๑๗,๔๔ คน) จากจำนวนเด็กที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด จำนวน ๒,๘๒๘,๕๖๕ คน

ที่มา : รายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ปีพ.ศ. ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙

การสำรวจสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity: PA) ของคนไทยระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๗ พบว่า กลุ่มประชากรที่มีอัตรา PA เฉลี่ยสูงที่สุดคือ กลุ่มประชากรผู้ใหญ่วัยทำงาน (๒๕-๕๙ ปี) เฉลี่ยร้อยละ ๖๙.๗ รองลงมาได้แก่ วัยรุ่นและเยาวชน (อายุ ๑๕-๒๔ ปี) เฉลี่ยร้อยละ ๖๕.๑ โดยแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของทั้งสองกลุ่มอายุนี้มีความเหมือนกันคือ เพิ่มขึ้นระหว่างปี ๒๕๕๕ ถึง ๒๕๕๖ แต่ลดลงเล็กน้อยในปี ๒๕๕๗ ขณะที่กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ ๖-๑๔ ปี) และกลุ่มวัยสูงอายุ มีอัตรา PA เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ ๖๓.๘ และ ๖๒.๒ ตามลำดับ (ดังภาพแสดงร้อยละของการทำ PA ของประชากรไทยระหว่างปี ๒๕๕๕-๒๕๕๗ จำแนกตามกลุ่มอายุ)



ที่มา : สถานการณ์ด้านการมี PA ของคนไทยระหว่างพ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๗ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กรมอนามัย เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด เป้าประสงค์ คือ เด็กวัยเรียนเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะสุขภาพ โดยกำหนดตัวชี้วัดเด็กวัยเรียน อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖ และเด็กอายุ ๑๒ ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์ ซึ่งเป้าหมายระยะยาวใน ๒๐ ปีข้างหน้า ผู้ชายและผู้หญิงจะต้องมีส่วนสูงเฉลี่ย ๑๘๐ เซนติเมตร และ ๑๗๐ เซนติเมตร ตามลำดับ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง
๒. การคัดกรอง ส่งต่อ การจัดการแก้ไขปัญหา และคุณภาพข้อมูลจากระบบ HDC
๓. มาตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑. ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง			
เขตสุขภาพและจังหวัดมีการถ่ายทอดนโยบายและแนวทางให้แก่พื้นที่	๑. พัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยสุขภาพดี ๒. ขับเคลื่อนนโยบายดื่มนมแห่งชาติกิจกรรมทางกาย การแปรงฟันคุณภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ๓. สร้างความเข้มแข็งให้กับโรงเรียนในการดำเนินงานตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ๔. สร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ส่วนกลาง-เขต-จว.-รร.-สถานบริการสาธารณสุข จัดทำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	๑. มีทีมงานรับผิดขอบโครงการระดับจังหวัด (PM เด็กวัยเรียน) ๒. มีการจัดทำแผนงานหรือโครงการส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง ๓. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดทำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	๑. จังหวัดมี PM เด็กวัยเรียนและคณะทำงานรับผิดชอบโครงการ ๒. แผนงานหรือโครงการ ๓. รายงานผลการติดตามกำกับในโรงเรียน ๔. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับเด็กวัยเรียน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
เขตสุขภาพและจังหวัดมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่	๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขครู ผู้ปกครองและเครือข่าย ในการติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กของตนเองในชุมชน ๒. พัฒนาการเรียนรู้ของเด็กผ่านนโยบายลดเวลาเรียนเพิ่มรู้ เพื่อให้เด็กมีศักยภาพในการเฝ้าระวังสุขภาพของตนเอง (Self care)	๑. มีโครงการพัฒนาศักยภาพและสรุปผลรายงาน ๒. มีรายงานการนำกิจกรรมตามนโยบายลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ไปใช้ในโรงเรียน ๓. รายงานการถ่ายทอดโปรแกรมนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) สู่อำเภอและตำบล	๑. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ๒. รายงานสรุปผลเฝ้าระวังสุขภาพของนักเรียนที่มีความครอบคลุมและมีคุณภาพ ๓. รายงานการถ่ายทอดโปรแกรมนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒. การคัดกรอง ส่งต่อ การจัดการแก้ไขปัญหา และคุณภาพข้อมูลจากระบบ HDC			
เขตสุขภาพและจังหวัดมีการติดตามคุณภาพรายงานผ่านระบบ HDC	การรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบ HDC	มีรายงานโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบที่มีมาตรการส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนผ่านระบบ HDC และ Social network	จังหวัดมีรายงานของโรงเรียนที่มีมาตรการส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วนและแก้ปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
เขตสุขภาพและจังหวัดมีการสื่อสารสาธารณะเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ในพื้นที่	สนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการสื่อสารสาธารณะ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้เด็กวัยเรียนดื่มนมรสจืดวันละ ๒ แก้ว มีกิจกรรมทางกายวันละ ๖๐ นาที และการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม ผ่านสื่อ Social media ทุกรูปแบบ	วิธีการและรูปแบบการสื่อสารเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ผ่าน Social media	ข้อมูลเชิงประจักษ์ของวิธีการและรูปแบบการสื่อสารสาธารณะ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓. มาตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย			
เขตสุขภาพและจังหวัดมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	การขับเคลื่อนมหกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นสนุกเพื่อเด็กไทยสูงดีสมส่วนแข็งแรง	มีรายงานโรงเรียนที่จัดกิจกรรมทางกาย เช่น กระโดดเชือกเต้นแอโรบิค และวิ่งเล่น ฯลฯ	ข้อมูลเชิงประจักษ์ของการจัดกิจกรรมทางกายในโรงเรียนเป้าหมาย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมอนามัย สำนักโภชนาการ และกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่รับผิดชอบ
๑.น.ส.พรวิภา ดาวดวง	นักโภชนาการชำนาญการ สำนักโภชนาการ	โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๓๔ โทรมือถือ ๐๘๓ ๙๖๔ ๔๐๖๐ Pornwipa.dd@anamai.mail.go.th	ประเด็นที่ ๑ และ๒
๒.น.ส.ใจรัก ลอยสงเคราะห์	นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๓๔ โทรมือถือ ๐๘๑ ๕๓๔ ๖๐๐๗ Jairak.l@anamai.mail.go.th	ประเด็นที่ ๑ และ๒
๓.นางนภัสบงกช ศุภะพิชน์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ	โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๔๕๙๐ โทรมือถือ ๐๙๔ ๑๙๒๙๖๕๑ Suppich_๒@hotmail.com	ประเด็นที่ ๓
๓.น.ส.ขนิษฐา ระโหฐาน	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ	โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๔๕๙๐ โทรมือถือ ๐๘๔๐๑๕๐๑๙๐ Got_achi@hotmail.com	ประเด็นที่ ๓

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**
โครงการที่	**2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน**
คำนิยาม	**เด็กวัยเรียน หมายถึง** เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) **โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง** โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3) **ภาวะเตี้ย หมายถึง** ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า – 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากมีการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ **ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง** น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542 **ภาวะผอม หมายถึง** น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า –2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน **สูงดี หมายถึง** เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ **สมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง **เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) **ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง** ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน))

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน	66	68	70	72	74
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี					
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	-	-	154
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	-	-	155

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สุ่มสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 7	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 8	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมดในโรงเรียน
รายการข้อมูล 9	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 10	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด สำรวจเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้ม	1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = (A1/B1) x 100 2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม = (A2/B1) x 100 3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = (A3/B1) x 100 4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย = (A4/B1) x 100 5. ความครอบคลุม = (B1/B2) x 100 6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี = (A5 / B3) 7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี = (A6 / B4)
ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 1 ระยะเวลาของการชั่งน้ำหนัก 2 เดือน (พ.ค., มิ.ย.) พื้นที่ลงข้อมูลในระบบระยะเวลา 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ส.ค. ภาคเรียนที่ 2 ระยะเวลาของการชั่งน้ำหนัก 2 เดือน (ต.ค., พ.ย.) พื้นที่ลงข้อมูลในระบบระยะเวลา 3 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ม.ค.

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปีกศ.59)	ขั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปีกศ.60) และ 5

ปี 2561 :

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

ปี 2562 :

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

ปี 2563 :

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

ปี 2564 :

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

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1 จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนระดับเขต ระดับจังหวัดโดย PM จังหวัด

ขั้นตอนที่ 2 จังหวัดมีฐานข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับ และนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ

ขั้นตอนที่ 3 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ปีละ 2 ครั้ง

3.1จังหวัดมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการและคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง

3.2 รายงานรอบที่ 1 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค. ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายังสนย. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ม.ค. 2560

3.3 รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายัง สนย. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ส.ค. 2560

ขั้นตอนที่ 4 จังหวัดมีการดำเนินการ ดังนี้

4.1 การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย)

4.2 การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน

4.3 มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign 1) รอบคอดำ 2) นั่งหลับ 3) นอนกรน 4) ประวัติเจ็บป่วยครอบครัว จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข (service plan) คลินิก DPAC ติดตามและรายงานผล

4.4 รายงานตามระบบ

ขั้นตอนที่ 5 จังหวัดมีรายงาน ดังนี้

5.1 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ผอม อ้วน เตี้ย สูงสมส่วน

5.2 จำนวนนักจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) (ครูข.) และแกนนำนักเรียนด้านการจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Leader)

เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียน 2. หนังสือคู่มือการพัฒนาสู่องค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพ 3. คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน 4. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและคลินิก DPAC 5. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) 6. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 7. แนวทางการจัดค่ายลดน้ำหนักกินพอดีไม่มีอ้วน 8. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง”สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 9. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 10. หนังสือข้อแนะนำการออกกำลังกายสำหรับเด็กวัยเรียน 11. แผ่นพับกินพอดี ไม่มีอ้วน 12. แผ่นพับผักผลไม้สีรุ้ง 13. แผ่นพับโตขึ้นหุ่นดีไม่มีอ้วน 14. แผ่นพับการออกกำลังกายสำหรับนักเรียน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	64	ร้อยละ	-	64	63.9
เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	-	ร้อยละ	-	5.2	-
เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน	17.0	ร้อยละ	8.8	9.5	12.4
เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	-	ร้อยละ	-	7.5	-
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี -ชาย -หญิง	 148.2 151.1	 เซนติเมตร เซนติเมตร	-	-	-

หมายเหตุ : ข้อมูลส่วนสูงเฉลี่ย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สุขภาพเด็ก) โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-2

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวพรวิภา ดาวดวง นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th 2. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th **กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวพรวิภา ดาวดวง นักโภชนาการชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904329 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : pornwipa.dd@anamai.mail.go.th 2. นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์ นักโภชนาการปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904334 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : jairak.l@anamai.mail.go.th **กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย** 3. นายชัยชนะ บุญสุวรรณ นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904336 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-5904339 E-mail : chaichana.b@anamai.mail.go.th **กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย**

หัวข้อ ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย
๑.๑.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียน

ตัวชี้วัด ๒) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

สถานการณ์

ฟันผุเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะในวัยเด็กทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ (ผอม เตี้ย) มากกว่าเด็กที่ไม่มีฟันผุ รวมทั้งส่งผลต่อการเรียนของนักเรียนด้วย เด็กไทยเริ่มพบฟันผุได้ตั้งแต่อายุ ๙ เดือน และจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

จากข้อมูลเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากและปัจจัยเสี่ยงในปี ๒๕๕๙ พบว่าเด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๕๐ เมื่อเปรียบเทียบกับปี๒๕๕๘มีแนวโน้มคงที่ เขตที่พบว่าปราศจากฟันผุมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๑ ร้อยละ ๕๓ และ ปราศจากฟันผุน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๙ ร้อยละ ๓๗ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคฟันผุคือการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลและไม่ทำความสะอาดฟันอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ร้อยละ ๕๘ และร้อยละ ๕๐ ดื่มน้ำหวานและน้ำอัดลมมากกว่า ๓ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๖๓ บริโภคขนมและเครื่องดื่มระหว่างมืออีกทั้งร้อยละ ๒๒ ไม่แปรงฟันก่อนนอน

ดังนั้น ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปกครอง ครอบครัว ชุมชน และโรงเรียนในการดูแลเด็ก มีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ ควบคู่กับการจัดบริการสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุข พร้อมกับพัฒนาศักยภาพนักเรียนให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากและเกิดทันตสุขนิสัยที่ดีเมื่อเติบใหญ่ต่อไป

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ
๒. ควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี
๓. ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในโรงเรียน เช่น โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม และลดอาหารเสี่ยงต่อทันตสุขภาพ (ให้เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ช่วงรับประทานอาหารกลางวันและอาหารว่าง)

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑. การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ</u>			
ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒ (เพิ่มขึ้นร้อยละ๒)	เฝ้าระวังและส่งเสริมทันต-สุขภาพเด็ก ๐-๑๒ ปี	<u>ใน WCC</u> ๑.มีการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ๒.จัดระบบให้มีการให้บริการครอบคลุมทุกรพ.สต.โดยให้มีกิจกรรม -ตรวจสุขภาพช่องปาก ประเมินความเสี่ยงต่อฟันผุ ตามช่วงเวลาที่เด็กมารับบริการ	<u>ไตรมาส ๑,๒</u> เด็กได้รับบริการส่งเสริมป้องกันเพิ่มขึ้น โดยดูจาก ๑.ร้อยละของเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (ไม่น้อยกว่า๒๕%) ๒.ร้อยละของเด็ก๐-๒ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันโดยลงมือปฏิบัติ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		-เมื่อพบเด็กมีความเสี่ยง *(มีคราบจุลินทรีย์ มีฟันผุระยะแรกเป็นรอยขาวขุ่น มีพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม)* ให้แนะนำผู้ปกครองและทาฟลูออไรด์วาร์นิชป้องกันฟันผุ -ฝึกทักษะการแปรงฟันเด็กโดยให้ผู้ปกครองลงมือปฏิบัติจริงและติดตามแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้ปกครองสามารถแปรงฟันให้เด็กได้สะอาดทุกวัน -มีระบบติดตามเด็กที่ไม่มารับบริการ ๓.มีการติดตาม สนับสนุนโดย CUP/สสจ.	๓.ร้อยละของเด็ก ๐-๒ ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ <u>ไตรมาสที่ ๓,๔</u> -ร้อยละเด็กอายุ ๑๘ เดือน ปราศจากฟันผุ (ไม่ลดลงจากปี ๒๕๕๙)
		<u>ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก</u> ๑.พัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ๒.จัดระบบให้มีการให้บริการครอบคลุมทุกแห่ง โดยมีกิจกรรม -ตรวจสุขภาพช่องปากเด็กทุกคนภาคเรียนละ ๑ ครั้ง -ทาฟลูออไรด์วาร์นิชในกลุ่มเสี่ยงฟันผุ **<u>โรงเรียนประถมศึกษา</u>** ๑.ประสานความร่วมมือและคืนข้อมูลสุขภาพช่องปากนักเรียนให้กับโรงเรียนและผู้ปกครองเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาเด็กฟันผุ ๒.จัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากครอบคลุมทุกโรงเรียน โดยมี -ตรวจสุขภาพช่องปากเด็กชั้นอนุบาล-ชั้นป.๖ อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง -ฝึกเด็กแปรงฟันให้มีคุณภาพด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (แปรงฟัน ๒๒๒) -บริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามซี่ที่ ๑ และซี่ที่ ๒ -บริการเคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง ๓.CUP/สสจ.สุ่มประเมินการยึดติดการเคลือบหลุมร่องฟัน	<u>ไตรมาส ๑,๒</u> เด็กได้รับบริการส่งเสริมป้องกันเพิ่มขึ้น โดยดูจาก ๑.ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ๒.ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ <u>ไตรมาสที่ ๓,๔</u> ร้อยละ ๕๐ ของเด็กอายุ ๓ ปีปราศจากฟันผุ <u>ไตรมาส ๑,๒</u> เด็กอายุ ๖-๑๒ ปีได้รับบริการส่งเสริมป้องกันเพิ่มขึ้น โดยดูจาก ๑.ร้อยละของเด็กอายุ๖ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ๒.ร้อยละของเด็กอายุ๙ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ๓.ร้อยละของเด็กอายุ๖ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน ๔.ร้อยละ ๖๐ ของเด็กอายุ ๖-๑๒ ปีได้รับบริการส่งเสริมป้องกัน <u>ไตรมาสที่ ๓,๔</u> ร้อยละ ๕๐ ของเด็กอายุ ๑๒ ปีปราศจากฟันผุ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒. ควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี</u>			
	เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมเพื่อลดการสูญเสียฟันในกลุ่มอายุ ๓-๑๒ ปี	**<u>โรงพยาบาลและ รพ.สต.</u>** มีการจัดระบบบริการทันตกรรมครอบคลุมทั้งอำเภอ โดยเน้นการบูรณะฟันเพื่อลดการสูญเสียฟัน เช่นบูรณะฟันด้วยเรซินเพื่อการป้องกัน (PRR), อุดฟัน ฯลฯ	<u>ไตรมาส ๑,๒</u> เด็กอายุ ๓-๑๒ ปีได้รับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น โดยดูจาก ๑.ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับบริการทันตกรรม ๒.ร้อยละ ๖๐ ของเด็กอายุ ๖-๑๒ ปีได้รับบริการทันตกรรม <u>ไตรมาสที่ ๓,๔</u> ร้อยละ ๕๐ ของเด็กอายุ ๑๒ ปีปราศจากฟันผุ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓. ขยายความครอบคลุมการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพใน ศพด.และโรงเรียน			
	จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพใน ศพด.และโรงเรียน	**<u>ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนประถมศึกษา</u>** ร่วมกับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา (สพป.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการติดตามกำกับและขยายความครอบคลุมการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพใน ศพด. และโรงเรียน ดังนี้ ๑.ไม่มีการจำหน่ายน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเกิน ๕% ๒.มีการจัดน้ำดื่มสะอาดให้กับเด็ก ๓.มีการจัดผลไม้ให้เด็กใน ศพด.และโรงเรียนเพิ่มขึ้น (ใน ศพด.อย่างน้อย ๓ วัน/สัปดาห์)	๑.ร้อยละ ๗๕ ของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเกิน ๕% ๒.ร้อยละ ๗๕ ของโรงเรียนจัดน้ำดื่มสะอาดให้กับนักเรียน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
ทพญ.ศรีสุดา ลีละศิธร	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข	Tel. ๐๒ ๕๙๐๔๒๐๔ Mobile ๐๘๑ ๔๕๙๘๒๒๔ e-mail : srisuda.l@anamai.mail.go.th	ทั้ง ๓ ประเด็น
ทพญ.กันยา บุญธรรม	ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข	Tel. ๐๒ ๕๙๐๔๒๐๔ Mobile ๐๘๑ ๘๐๒๘๙๗๘ e-mail : kanya๒๒@gmail.com	ทั้ง ๓ ประเด็น

รายละเอียดตัวชี้วัด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี	**๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))**
หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๑. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**
โครงการที่	**๒. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	**๘. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)**
คำนิยาม	**กลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีหมายถึง**กลุ่มเด็กเล็ก ปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ **ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง** ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้วโดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๕๒	**ร้อยละ ๕๔**	**ร้อยละ ๕๖**	**ร้อยละ ๕๘**	**ร้อยละ ๖๐**

วัตถุประสงค์	เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในแฟ้มService และ Dental ในฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	๑. ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้มรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ๒. ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข (ท.๐๒)
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free)
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน
รายการข้อมูล ๓	C= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีที่ได้รับการตรวจ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A+B)/C x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง

เกณฑ์การประเมิน :เป็นข้อมูลสภาวะที่มีการสำรวจปีละครั้ง**ปี ๒๕๖๐**

A **:** Caries free **จะต้องไม่ต่ำกว่าค่าพื้นฐาน(Baseline) <u>จังหวัดที่ไม่มี Baseline</u> ให้ใช้ ร้อยละ ๕๐**

๕ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๕๙ –กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ

ร้อยละ เด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับบริการทันตกรรม

ระดับ๑	ระดับ๒	ระดับ๓	ระดับ๔	ระดับ๕
๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

๕ เดือนหลัง (มีนาคม ๒๕๖๐ –กรกฎาคม ๒๕๖๐) <u>ผลงาน</u>ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

ระดับ๑	ระดับ๒	ระดับ๓	ระดับ๔	ระดับ๕
-	-	๕๒	๕๓	๕๔

มาตรการสำคัญ (PIRAB)ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :

(P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)

P : ใช้กลไกการประสานงานกับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กระทรวงศึกษาธิการทุกระดับระดับ เช่น สำนักพัฒนากิจกรรมนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.), สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา (สพป.) และเครือข่ายโรงเรียน ได้แก่ เครือข่ายเด็กไทยฟันดี

I : ประสานแหล่งทรัพยากรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

R : ประกาศความร่วมมือจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในเรื่องโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง, ชุดสิทธิประโยชน์ในการรับบริการรักษาใน UC ในเด็กอายุ ๐-๕ ปี และ ๖-๒๔ ปี,กำกับติดตามผ่าน MCH board

A : รณรงค์สร้างกระแสและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเครือข่ายเด็กไทยฟันดี สุขภาพดีสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆเช่น Website, Facebook, เอกสารสื่ออีเลกทรอนิกส์

B : ส่งเสริมทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง จากกิจกรรม “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้”และฝึกอบรมในระดับพื้นที่

Small Success

กลไก	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ส่วนกลาง	- ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพแก่ศูนย์อนามัยและจังหวัด - ปรับปรุงเกณฑ์ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, โรงเรียนส่งเสริมเสริมสุขภาพ(เด็กวัยเรียนสามารถแปรงฟันด้วยตนเองได้อย่างมีคุณภาพ)	- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายเด็กไทยฟันดี สุขภาพดี - เยี่ยมเสริมพลังจากทีมส่วนกลาง	- สำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของนักเรียนประถม ศึกษา - เยี่ยมเสริมพลังจากทีมส่วนกลาง	-ประเมินผลการดำเนินงานจากข้อมูล HDCและการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด - สรุปผลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ - พัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบ - รายงานผลงานเด็กอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ ๕๒
เขตสุขภาพ/ศอ.	- กระตุ้นและคัดเลือกโรงเรียนเครือข่าย - ขยายความครอบคลุมโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมฯ	- ร่วมนิเทศกับผู้ตรวจราชการกระทรวง	- รายงานผ่านระบบรายงาน/การนิเทศ - ร่วมสำรวจพฤติกรรมพึงประสงค์แบบบูรณาการ	- รายงานผ่านระบบรายงาน/การนิเทศ

กลไก	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
สสจ./ รพศ.รพท./ รพช./ รพ.สต.	- ประสานความร่วมมือและคืนข้อมูลสุขภาพช่องปากนักเรียนให้กับ สพป.,ครู ผู้บริหารโรงเรียนและผู้ปกครองเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาเด็กฟันผุ - ประชุม CUP เพื่อจัดทำแผนแก้ปัญหาเด็กฟันผุ - พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร, บุคลากรสาธารณสุขและครูพี่เลี้ยงให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย - สุ่มสำรวจโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมฯ - จัดระบบบริการสุขภาพช่องปากแก่เด็ก ๐-๑๒ ปีทั้งในWCC, ศพด.และโรงเรียน	- นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขใน รพ.สต. - สุ่มประเมินการยึดติดบริการเคลือบหลุมร่องฟัน - ประเมินผลงานรอบ ๖ เดือนและปรับปรุงการทำงาน	- สำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด - รายงานผ่านระบบรายงาน/การนิเทศ	- รายงานผ่านระบบรายงาน/การนิเทศ - ประเมินผลกาดำเนินงานปี ๒๕๖๐

วิธีการประเมินผล :	สำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด (เด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ)
เอกสารสนับสนุน :	๑. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี ๒๕๖๐ ๒. มาตรฐานการทำงาน(Quality standard) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๙ ๓. เอกสารชุดกิจกรรมลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ด้านทันตสุขภาพ ๔. หนังสือสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ ปี พ.ศ.๒๕๕๕ ๕. คู่มือประเมินเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันฟันดี ๖. คู่มือสร้างความเข้มแข็งโรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดี ๗. เอกสารเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ชวนกันแปรงฟัน ๘. คู่มือ แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ANCคุณภาพ WCC คุณภาพ ศพด.คุณภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		๒๕๔๔	๒๕๕๐	๒๕๕๕
กลุ่มอายุ ๑๒ ปีไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	na	๔๗.๐	๔๙.๔

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. ทันตแพทย์หญิงศรีสุดา ลีละศิธร
โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๕๙๐๔๒๐๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๔๕๙๘๒๒๔
โทรสาร: ๐๒-๕๙๐๔๒๐๓ E-mail : srisuda.l@anamai.mail.go.th

๒. นางอมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์
โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๕๙๐๔๒๑๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๗๐๑๒๓๕๐
โทรสาร: ๐๒-๕๙๐๔๒๐๓ E-mail :ammablue@gmail.com

	๓. นส.ถิรวรรณ รานวล โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๕๙๐๔๒๑๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗๙๖๙๒๙๙๕ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๔๒๐๓ E-mail : namkajeab๒๐๑๒@gmail.com **กรมอนามัย**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. ทันตแพทย์หญิงศรีสุดา ลีละศิธร โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๕๙๐๔๒๐๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๔๕๙๘๒๒๔ โทรสาร: ๐๒-๕๙๐๔๒๐๓ E-mail : srisuda.l@anamai.mail.go.th ๒. ทันตแพทย์หญิงกันยา บุญธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๕๙๐๔๒๐๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๘๐๒๘๙๗๘ โทรสาร: ๐๒-๕๙๐๔๒๐๓ E-mail : kanya.b@anamai.mail.go.th **กรมอนามัย**

หมายเหตุ เป็นตัวชี้วัดที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ ติดตาม

หัวข้อ ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย

๑.๑.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียน

ตัวชี้วัด ๓) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๕ ต่อแสนประชากร

สถานการณ์

การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กไทยอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ซึ่งสูงมากกว่าทุกสาเหตุ ทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน (ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๘) อยู่ในช่วง ๕.๙ - ๑๑.๑ และมีจำนวนการเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ ๑,๐๙๒ คน อัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) จากการจมน้ำ เท่ากับร้อยละ ๓๑.๙ ทั้งนี้การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี เป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY) อันดับที่ ๓ ในเด็กชาย (DALY = ๒๖,๐๐๐ ปี) และอันดับที่ ๖ ในเด็กหญิง (DALY = ๑๐,๐๐๐ ปี) แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตจากกการจมน้ำของเด็กจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยลดลงมากกว่าร้อยละ ๕๐ นับตั้งแต่ปลายปี ๒๕๔๙ (๑๐ ปีที่แล้วเด็กไทยจมน้ำเสียชีวิตปีละ ๑,๕๐๐ คน และปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ลดลงเหลือ ๗๐๑ คน) แต่ยังนับว่าเป็นจำนวนที่สูงอยู่ เพราะการจมน้ำเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้

ปัจจัยเสี่ยงจากการจมน้ำมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ โดยในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มักเกิดจากปัจจัยทางด้านผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก และการจัดการแหล่งน้ำภายในบ้านและบริเวณบ้าน ส่วนเด็กอายุตั้งแต่ ๕ ปีขึ้นไป มักเกิดจากการปัจจัยด้านตัวเด็กเองที่มักชวนกันไปไปเล่นน้ำ ประกอบกับเด็กไม่มีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ไม่มีทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำและวิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้อง รวมทั้งปัจจัยด้านการจัดการแหล่งน้ำบริเวณรอบๆ บ้านและในชุมชน

ดังนั้นการป้องกันเด็กจมน้ำจึงควรมีมาตรการที่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ไม่ควรมุ่งเน้นดำเนินการเพียงมาตรการใดมาตรการหนึ่ง ซึ่งจะไม่ช่วยลดปัญหาการจมน้ำได้มากนัก ซึ่งกลยุทธ์ “ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ” ที่กำหนดขึ้นโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ เมื่อปี ๒๕๕๘ เป็นกลยุทธ์ที่จะกระตุ้นให้พื้นที่เกิดการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำที่ครอบคลุมในทุกมาตรการที่สำคัญ โดยให้มีการดำเนินงานแบบสหสาขา ต่อเนื่องรวมทั้งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่

ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ประกอบด้วย ๑๐ องค์ประกอบหลักได้แก่ นโยบาย การบริหารจัดการสถานการณ์และข้อมูล การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การให้ความรู้ การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การสื่อสารประชาสัมพันธ์และการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผล ทั้งนี้ผู้ก่อการดีฯ จะมีทั้งหมด ๓ ระดับคือ ระดับทองระดับเงิน และระดับทองแดง ซึ่งแต่ละระดับจะแตกต่างกันที่จำนวนองค์ประกอบ หรือจำนวนและความถี่ในแต่ละองค์ประกอบ

<u>จังหวัดในเขตพื้นที่เสี่ยงและเป้าหมายการลดการเสียชีวิต</u>

พื้นที่เสี่ยงมาก (พื้นที่สีแดง) : พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนมากกว่าหรือเท่ากับ ๗.๕ หรือจำนวนคนเสียชีวิตตั้งแต่ ๒๐ คนขึ้นไป

- จำนวน ๒๓ จังหวัด : พิษณุโลก เพชรบูรณ์ พิจิตร สระบุรี สิงห์บุรี นครนายก กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ นครปฐม ตราด ฉะเชิงเทรา เลยหนองบัวลำภู อุดรธานี สุรินทร์ บุรีรัมย์ นครราชสีมา ยโสธร อุบลราชธานี นครศรีธรรมราช ระนอง สตูล ปัตตานี

- เป้าหมายการลด : จำนวนการเสียชีวิตลดลง อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ ต่อปี

พื้นที่เสี่ยงปานกลาง (พื้นที่สีเหลือง) : พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนเท่ากับ ๕ - ๗.๔

- จำนวน ๒๘ จังหวัด : น่าน เชียงราย อุตรดิตถ์ สุโขทัย นครสวรรค์ พระนครศรีอยุธยา สุพรรณบุรี สมุทรสาคร ราชบุรี สระแก้ว ปราจีนบุรี ชลบุรี จันทบุรี มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ขอนแก่น หนองคาย นครพนม สกลนคร ชัยภูมิ มุกดาหาร ศรีสะเกษ กระบี่ สุราษฎร์ธานี ชุมพร พังงา ยะลา ตรัง
- เป้าหมายการลด : จำนวนการเสียชีวิตลดลง อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ต่อปี

พื้นที่เสี่ยงน้อย (พื้นที่สีเขียว) : พื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนน้อยกว่า ๕

- จำนวน ๒๖ จังหวัด : ลำพูน เชียงใหม่ แพร่ พะเยา ลำปาง แม่ฮ่องสอน ตาก อุทัยธานี กำแพงเพชร ชัยนาท นนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง ลพบุรี สมุทรสงคราม เพชรบุรี ระยอง สมุทรปราการ กาฬสินธุ์ บึงกาฬ อำนาจเจริญ ภูเก็ต สงขลา นราธิวาส พัทลุง และกรุงเทพมหานคร
- เป้าหมายการลด : จำนวนการเสียชีวิตลดลง อย่างน้อยปีละ ๑ คน

ประเด็นการตรวจราชการ

อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคน จากการจมน้ำของเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี) ไม่เกิน ๕.๐

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งสร้างการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ท้องถิ่น ชุมชน ในการส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและเด็ก ๑) รู้และสามารถจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง ๒) มีทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ ๓) มีทักษะการช่วยเหลือและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ๔) รู้วิธีการใช้อุปกรณ์ลอยน้ำได้	๑. การค้นหา/สนับสนุน/สร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี ป้องกันการจมน้ำ ๒. การติดตามประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดีฯ <u>หมายเหตุ</u> ผู้ก่อการดี (ระดับทองแดง) หมายถึง ทีมที่มีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ ในรูปแบบสหสาขา และใช้ทรัพยากรที่มีในพื้นที่ โดยมีการดำเนินงานอย่างน้อย ๖ องค์ประกอบดังนี้ ๑) สถานการณ์และข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี * (ปริมาณและคุณภาพ) ๒) การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง* (๓ แห่ง) ๓) การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก* (๑ แห่ง) (สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน, สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง และจัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ) ๔) การให้ความรู้ทุกเดือนในสถานบริการสาธารณสุข/ชุมชน (๓ แห่ง) ๕) การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (มีครูสอน ๕ คน และเด็กได้เรียน ๑๐๐ คน) ๖) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ (ทุก	**<u>รอบที่ ๑</u>** ๑. จังหวัดมีการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการจมน้ำเป็นรายอำเภอย้อนหลัง ๕ ปี ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ๒. จังหวัดมีการสนับสนุน/กระตุ้น/ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำตามองค์ประกอบผู้ก่อการดีระดับทองแดง ๓. ทุกอำเภอมีทีมผู้ก่อการดีดำเนินการในองค์ประกอบที่ ๑ - ๓* **<u>รอบที่ ๒</u>** ๑. จำนวนทีมผู้ก่อการดีในแต่ละจังหวัด ตามที่กำหนด ดังนี้ - เขตพื้นที่เสี่ยงมาก (แดง) และพื้นที่เสี่ยงปานกลาง (เหลือง): ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนอำเภอในจังหวัด มีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง อย่างน้อยอำเภอละ ๑ ทีม - เขตพื้นที่เสี่ยงน้อย (เขียว): มีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง อย่างน้อย ๑ ทีม ๒. จำนวนการเสียชีวิตลดลงตามที่กำหนด - พื้นที่เสี่ยงมาก ลดลงร้อยละ ๒๐	๑. จังหวัดมีทีมผู้ก่อการดี ตามที่กำหนด** ๒. จังหวัดมีจำนวนการเสียชีวิตลดลงตามที่กำหนด** **เป้าหมายรายจังหวัดและเขตตามเอกสารแนบท้าย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	๔ เดือน)	- พื้นที่เสี่ยงปานกลาง ลดลงร้อยละ ๑๐ - พื้นที่เสี่ยงน้อย ลดลงอย่างน้อย ๑ คน	

สรุปย่อเกณฑ์การประเมินผู้ก่อการดีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำทั้ง ๓ ระดับ

ตัวชี้วัด	หลักฐาน		
	ระดับทองแดง	ระดับเงิน	ระดับทอง
๑. องค์ประกอบด้านนโยบาย			
๑.๑ แผนงาน/โครงการ	-	มี	มี
๑.๒ ความต่อเนื่องการดำเนินการ (๑) ดำเนินงานต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า ๑ ปี และ (๒) มีแผนงานปีต่อไป	-	ข้อ (๑) และ (๒)	ข้อ (๑) และ (๒)
๒. องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ			
๒.๑ ดำเนินงานแบบสหสาขา	-	มี	มี
๒.๒ การ sharingทรัพยากร	-	มี	มี
๒.๓ ขยายการดำเนินงานและสร้างนวัตกรรม (๑) สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่อื่น และ (๒) นวัตกรรมใหม่ๆ	-	ข้อ (๑)	ข้อ (๑) และ (๒)
๓. องค์ประกอบด้านสถานการณ์และข้อมูล			
๓.๑ ข้อมูลการจมน้ำ และการใช้ประโยชน์ในพื้นที่ (๑) ข้อมูลทั้งเสียชีวิตและไม่เสียชีวิตในทุกกลุ่มอายุ ย้อนหลัง ๕ ปี (ทั้งปริมาณและคุณภาพ) และ (๒) การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	ข้อ (๑)	ข้อ (๑) และ (๒)	ข้อ (๑) และ (๒)
๓.๒ สอบสวน และการแก้ไข กรณีมี case (๑) รายงานการสอบสวน และ (๒) การดำเนินการแก้ไข	-	ข้อ (๑) และ (๒)	ข้อ (๑) และ (๒)
๓.๓ จำนวนเด็กเสียชีวิต	-	-	ไม่มีหรือมีน้อยกว่าปีที่ผ่านมา
๔. องค์ประกอบด้านการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง			
๔.๑ การสำรวจแหล่งน้ำเสี่ยง (๑) ข้อมูลแหล่งน้ำเสี่ยงในพื้นที่ และ (๒) แผนที่แหล่งน้ำเสี่ยง	ข้อ (๑)	ข้อ (๑) และ (๒)	ข้อ (๑) และ (๒)
๔.๒ การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง (ครบทั้ง ๒ ข้อ) โดย ๑) สร้างรั้วและ/หรือติดป้ายคำเตือน และ ๒) มีอุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำ	> ๓ แห่ง	> ๑๐ แห่ง	> ๒๐ แห่ง
๕. องค์ประกอบด้านการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก			
๕.๑ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดำเนินการป้องกันเด็กจมน้ำ (ครบทั้ง ๓ ข้อ) โดย ๑) สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน ๒) สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง และ ๓) จัดการสิ่งแวดล้อมภายในและนอกศูนย์ฯ	> ๑ แห่ง	> ๕ แห่ง	> ๑๐ แห่ง

ตัวชี้วัด	หลักฐาน		
	ระดับทองแดง	ระดับเงิน	ระดับทอง
๖. องค์ประกอบด้านการให้ความรู้			
๖.๑ ให้ความรู้ในสถานบริการสาธารณสุข/ชุมชน/โรงเรียน ๑ ครั้ง/เดือน/แห่ง	> ๓ แห่ง	> ๕ แห่ง	> ๑๐ แห่ง
๗. องค์ประกอบด้านการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (ระดับทองและระดับเงิน เด็กทุกคนต้องได้ฝึกปฏิบัติในแหล่งน้ำ)			
๗.๑ สอนให้มีวิทยากรในพื้นที่	> ๕ คน	> ๒๐ คน	> ๓๐ คน
๗.๒ สอนเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี/ประชาชน	> ๑๐๐ คน	> ๔๐๐ คน	> ๙๐๐ คน
๘. การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)			
๘.๑ คนในชุมชนได้ฝึก CPR	-	> ๓๐ คน	> ๕๐ คน
๙. องค์ประกอบด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์			
๙.๑ กิจกรรมรณรงค์ฯ	-	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง
๙.๒ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ ในวงกว้าง (๑) ทีวี วิทยุ หนังสือพิมพ์ หอกระจายข่าว รถกระจายเสียง และ (๒) แผนการประชาสัมพันธ์	ข้อ (๑) ทำทุก ๔ เดือน	ข้อ (๑) ทำเดือนเว้นเดือน และข้อ (๒)	ข้อ (๑) ทำทุกเดือน และข้อ (๒)
๑๐. องค์ประกอบด้านการศึกษาวิจัย หรือติดตามประเมินผล			
๑๐.๑ ศึกษาวิจัย/ติดตามประเมินผล	-	๑ เรื่อง	๑ เรื่อง

หมายเหตุ: ศึกษารายละเอียดตามคู่มือแนวทางประเมินผู้ก่อการดีหรือแนวทางสำหรับผู้ขอรับรองเป็นผู้ก่อการดีกาดำเนินงานป้องกันกา รจมน้ำ ฉบับปรับปรุง ตุลาคม ๒๕๕๙ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค www.thaincd.com

เป้าหมายในการลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ในพื้นที่เสี่ยงต่างๆ จำแนกรายเขตและรายจังหวัดปี พ.ศ. ๒๕๖๐ (* base line ปี ๒๕๕๘)

เขต	ลำดับ	จังหวัด	จำนวนตายปี ๕๘	ประชากรเด็ก	อัตรา	เป้าหมายปี ๖๐ (ไม่เกิน)		จำนวนอำเภอ (แห่ง)	เป้าหมายทีมผู้ก่อการดี (ทีม)
						จำนวน (คน)	อัตรา		
๑	๑	ลำพูน	๑	๕๕,๗๔๕	๑.๘	๐	๐.๐	๘	๑
	๒	น่าน	๔	๗๕,๙๔๐	๕.๓	๓	๔.๐	๑๕	๘
	๓	เชียงใหม่	๙	๒๖๓,๓๗๖	๓.๔	๘	๓.๐	๒๕	๑
	๔	แพร่	๒	๖๑,๕๑๖	๓.๓	๑	๑.๖	๘	๑
	๕	พะเยา	๓	๖๗,๒๗๖	๔.๕	๒	๓.๐	๙	๑
	๖	ลำปาง	๓	๙๘,๐๒๑	๓.๑	๒	๒.๐	๑๓	๑
	๗	แม่ฮ่องสอน	๑	๕๗,๐๗๗	๑.๘	๐	๐.๐	๗	๑
	๘	เชียงราย	๑๐	๒๐๑,๐๓๗	๕.๐	๙	๔.๕	๑๘	๙
		รวมเขต ๑	**๓๓**	**๘๘๑,๙๘๘**	**๓.๗**	**๒๕**	**๒.๘**	**๑๐๓**	**๒๓**
๒	๑	อุตรดิตถ์	๔	๗๓,๔๕๙	๕.๔	๓	๔.๑	๙	๕
	๒	พิษณุโลก	๑๒	๑๔๓,๓๔๑	๘.๔	๑๐	๗.๐	๙	๕
	๓	สุโขทัย	๕	๙๗,๘๘๙	๕.๑	๔	๔.๑	๙	๕
	๔	เพชรบูรณ์	๒๑	๑๗๗,๗๘๒	๑๑.๘	๑๗	๙.๖	๑๑	๖
	๕	ตาก	๑	๑๓๐,๓๑๐	๐.๘	๐	๐.๐	๙	๑
		รวมเขต ๒	**๔๓**	**๖๒๒,๗๘๑**	**๖.๙**	**๓๔**	**๕.๕**	**๔๗**	**๒๒**
๓	๑	พิจิตร	๘	๙๓,๐๖๓	๘.๖	๖	๖.๔	๑๒	๖
	๒	อุทัยธานี	๒	๕๘,๖๗๐	๓.๔	๑	๑.๗	๘	๑
	๓	กำแพงเพชร	๖	๑๓๔,๖๐๘	๔.๕	๕	๓.๗	๑๑	๑
	๔	นครสวรรค์	๑๒	๑๘๑,๑๒๐	๖.๖	๑๑	๖.๑	๑๕	๘
	๕	ชัยนาท	๑	๕๒,๖๒๙	๑.๙	๐	๐.๐	๘	๑
		รวมเขต ๓	**๒๙**	**๕๒๐,๐๙๐**	**๕.๖**	**๒๓**	**๔.๔**	**๕๔**	**๑๗**
๔	๑	พระนครศรีอยุธยา	๑๐	๑๔๐,๕๑๐	๗.๑	๙	๖.๔	๑๖	๘
	๒	นนทบุรี	๗	๑๙๑,๓๑๗	๓.๗	๖	๓.๑	๖	๑
	๓	ปทุมธานี	๗	๑๙๖,๗๗๑	๓.๖	๖	๓.๐	๗	๑
	๔	สระบุรี	๙	๑๑๕,๖๔๘	๗.๘	๗	๖.๑	๑๓	๗
	๕	สิงห์บุรี	๔	๓๓,๒๕๗	๑๒.๐	๓	๙.๐	๖	๓
	๖	อ่างทอง	๒	๔๕,๙๘๔	๔.๓	๑	๒.๒	๗	๑
	๗	ลพบุรี	๔	๑๒๗,๙๘๐	๓.๑	๓	๒.๓	๑๑	๑
	๘	นครนายก	๔	๔๓,๔๒๗	๙.๒	๓	๖.๙	๔	๒
		รวมเขต ๔	**๔๗**	**๘๙๔,๘๙๔**	**๕.๓**	**๓๘**	**๔.๒**	**๗๐**	**๒๔**
๕	๑	กาญจนบุรี	๑๒	๑๖๒,๗๔๓	๗.๔	๑๐	๖.๑	๑๓	๗
	๒	สมุทรสงคราม	๐	๓๐,๑๓๙	๐.๐	๐	๐.๐	๓	๑
	๓	ประจวบคีรีขันธ์	๑๐	๙๙,๖๐๘	๑๐.๐	๘	๘.๐	๘	๔
	๔	เพชรบุรี	๓	๘๒,๐๑๘	๓.๗	๒	๒.๔	๘	๑
	๕	สุพรรณบุรี	๙	๑๔๔,๓๔๔	๖.๒	๘	๕.๕	๑๐	๕
	๖	สมุทรสาคร	๕	๙๘,๕๗๔	๕.๑	๔	๔.๑	๓	๒

เขต	ลำดับ	จังหวัด	จำนวนตายปี ๕๘	ประชากรเด็ก	อัตรา	เป้าหมายปี ๖๐ (ไม่เกิน)		จำนวนอำเภอ (แห่ง)	เป้าหมายทีมผู้ก่อการดี (ทีม)
						จำนวน (คน)	อัตรา		
	๗	ราชบุรี	๘	๑๔๘,๙๓๓	๕.๔	๗	๔.๗	๑๐	๕
	๘	นครปฐม	๑๓	๑๕๕,๐๘๔	๘.๔	๑๐	๖.๔	๗	๔
		รวมเขต ๕	**๖๐**	**๙๒๑,๔๔๓**	**๖.๕**	**๔๙**	**๕.๓**	**๖๒**	**๒๙**
๖	๑	ระยอง	๖	๑๓๘,๐๙๗	๔.๓	๕	๓.๖	๘	๑
	๒	ตราด	๖	๔๑,๔๗๐	๑๔.๕	๕	๑๒.๑	๗	๔
	๓	สระแก้ว	๗	๑๑๐,๕๐๓	๖.๓	๖	๕.๔	๙	๕
	๔	ฉะเชิงเทรา	๑๑	๑๒๙,๒๒๕	๘.๕	๙	๗.๐	๑๑	๖
	๕	ปราจีนบุรี	๖	๘๙,๑๐๕	๖.๗	๕	๕.๖	๗	๔
	๖	ชลบุรี	๑๘	๒๘๐,๐๙๔	๖.๔	๑๖	๕.๗	๑๑	๖
	๗	จันทบุรี	๕	๙๔,๕๓๓	๕.๓	๔	๔.๒	๑๐	๕
	๘	สมุทรปราการ	๘	๒๒๖,๔๘๐	๓.๕	๗	๓.๑	๖	๑
		รวมเขต ๖	**๖๗**	**๑,๑๐๙,๕๐๗**	**๖.๐**	**๕๗**	**๕.๑**	**๖๙**	**๓๒**
๗	๑	กาฬสินธุ์	๗	๑๗๓,๘๙๗	๔.๐	๖	๓.๕	๑๘	๑
	๒	มหาสารคาม	๙	๑๕๙,๖๘๘	๕.๖	๘	๕.๐	๑๓	๗
	๓	ร้อยเอ็ด	๑๑	๒๒๑,๔๗๑	๕.๐	๑๐	๔.๕	๒๐	๑๐
	๔	ขอนแก่น	๑๘	๓๐๗,๒๙๖	๕.๙	๑๖	๕.๒	๒๖	๑๓
		รวมเขต ๗	**๔๕**	**๘๖๒,๓๕๒**	**๕.๒**	**๔๐**	**๔.๖**	**๗๗**	**๓๑**
๘	๑	เลย	๑๒	๑๑๕,๖๐๙	๑๐.๔	๑๐	๘.๖	๑๔	๗
	๒	หนองบัวลำภู	๑๓	๙๖,๓๓๔	๑๓.๕	๑๐	๑๐.๔	๖	๓
	๓	บึงกาฬ	๓	๘๘,๕๒๕	๓.๔	๒	๒.๓	๘	๑
	๔	อุดรธานี	๒๓	๒๙๔,๑๘๔	๗.๘	๑๘	๖.๑	๒๐	๑๐
	๕	หนองคาย	๗	๙๕,๗๗๕	๗.๓	๖	๖.๓	๙	๕
	๖	นครพนม	๙	๑๔๑,๔๕๒	๖.๔	๘	๕.๗	๑๒	๖
	๗	สกลนคร	๑๓	๒๒๒,๗๕๓	๕.๘	๑๒	๕.๔	๑๘	๙
		รวมเขต ๘	**๘๐**	**๑,๐๕๔,๖๓๒**	**๗.๖**	**๖๖**	**๖.๓**	**๘๗**	**๔๑**
๙	๑	สุรินทร์	๓๒	๒๖๙,๑๗๖	๑๑.๙	๒๖	๙.๗	๑๗	๙
	๒	บุรีรัมย์	๓๑	๓๑๑,๓๒๙	๑๐.๐	๒๕	๘.๐	๒๓	๑๒
	๓	นครราชสีมา	๓๑	๔๗๕,๕๔๒	๖.๕	๒๕	๕.๓	๓๒	๑๖
	๔	ชัยภูมิ	๑๓	๒๐๒,๒๗๖	๖.๔	๑๒	๕.๙	๑๖	๘
		รวมเขต ๙	**๑๐๗**	**๑,๒๕๘,๓๒๓**	**๘.๕**	**๘๘**	**๗.๐**	**๘๘**	**๔๕**
๑๐	๑	มุกดาหาร	๔	๖๖,๐๔๐	๖.๑	๓	๔.๕	๗	๔
	๒	อำนาจเจริญ	๓	๖๘,๘๑๐	๔.๔	๒	๒.๙	๗	๑
	๓	ยโสธร	๘	๙๒,๘๖๐	๘.๖	๖	๖.๕	๙	๕
	๔	อุบลราชธานี	๒๓	๓๖๔,๘๓๑	๖.๓	๑๘	๔.๙	๒๕	๑๓
	๕	ศรีสะเกษ	๑๗	๒๗๖,๓๒๐	๖.๒	๑๕	๕.๔	๒๒	๑๑
		รวมเขต ๑๐	**๕๕**	**๘๖๘,๘๖๑**	**๖.๓**	**๔๔**	**๕.๑**	**๗๐**	**๓๔**
๑๑	๑	กระบี่	๖	๑๐๙,๔๓๒	๕.๕	๕	๔.๖	๘	๔
	๒	สุราษฎร์ธานี	๑๒	๒๑๔,๐๙๙	๕.๖	๑๑	๕.๑	๑๙	๑๐

เขต	ลำดับ	จังหวัด	จำนวนตายปี ๕๘	ประชากรเด็ก	อัตรา	เป้าหมายปี ๖๐ (ไม่เกิน)		จำนวนอำเภอ (แห่ง)	เป้าหมายทีมผู้ก่อการดี (ทีม)
						จำนวน (คน)	อัตรา		
	๓	ชุมพร	๕	๙๓,๖๓๑	๕.๓	๔	๔.๓	๘	๔
	๔	ภูเก็ต	๔	๘๔,๐๑๘	๔.๘	๓	๓.๖	๓	๑
	๕	นครศรีธรรมราช	๒๐	๒๙๙,๘๕๖	๖.๗	๑๖	๕.๓	๒๓	๑๒
	๖	พังงา	๓	๕๒,๙๓๕	๕.๗	๒	๓.๘	๘	๔
	๗	ระนอง	๔	๓๖,๘๗๓	๑๐.๘	๓	๘.๑	๕	๓
		รวมเขต ๑๑	**๕๔**	**๘๙๐,๘๔๔**	**๖.๑**	**๔๔**	**๔.๙**	**๗๔**	**๓๘**
๑๒	๑	สตูล	๗	๗๖,๐๖๑	๙.๒	๖	๗.๙	๗	๔
	๒	ยะลา	๘	๑๓๗,๘๓๖	๕.๘	๗	๕.๑	๘	๔
	๓	ตรัง	๘	๑๓๐,๗๘๐	๖.๑	๗	๕.๔	๑๐	๕
	๔	สงขลา	๑๔	๒๙๗,๖๗๕	๔.๗	๑๓	๔.๔	๑๖	๑
	๕	ปัตตานี	๒๑	๑๘๖,๒๒๕	๑๑.๓	๑๗	๙.๑	๑๒	๖
	๖	นราธิวาส	๖	๒๐๕,๒๙๕	๒.๙	๕	๒.๔	๑๓	๑
	๗	พัทลุง	๓	๙๗,๐๐๒	๓.๑	๒	๒.๑	๑๑	๑
		รวมเขต ๑๒	**๖๗**	**๑,๑๓๐,๘๗๔**	**๕.๙**	**๕๗**	**๕.๐**	**๗๗**	**๒๒**
		กรุงเทพมหานคร	๑๔	๙๑๘,๑๗๑	๑.๕	๑๓	๑.๔	๕๐	๑
		ทั่วประเทศ	**๗๐๑**	**๑๑,๙๓๔,๗๖๐**	**๕.๙**	**๕๗๘**	**๔.๘**	**๙๒๘**	**๓๕๙**

แหล่งข้อมูล: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ อาจมีการเปลี่ยนแปลง
วิเคราะห์: กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ: ๑) พท.สีแดงเป็นพื้นที่เสี่ยงมาก (อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนมากกว่าหรือเท่ากับ ๗.๕ หรือจำนวนคนเสียชีวิตตั้งแต่ ๒๐ คนขึ้นไป)
คำนวณเป้าการลดโดยให้จำนวนการเสียชีวิตลดลงร้อยละ ๒๐ ต่อปี
๒) พท.สีเหลืองเป็นพื้นที่เสี่ยงปานกลาง(อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนเท่ากับ ๕-๗.๔)
คำนวณเป้าการลดโดยให้จำนวนการเสียชีวิตลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี
๓) สีเขียวเป็นพื้นที่เสี่ยงน้อย (อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนน้อยกว่า ๕)
คำนวณเป้าการลดโดยคำนวณให้จำนวนการเสียชีวิตลดลงอย่างน้อยปีละ ๑ คน
๔) ใช้ข้อมูลจำนวนการเสียชีวิตจากใบมรณบัตรปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ข้อมูล ณ ๑๒ มิ.ย. ๕๘)
๕) อัตรา หมายถึง อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี) ต่อประชากรเด็กแสนคน
๖) การคิดค่าเป้าหมายผู้ก่อการดี พื้นที่สีแดงและสีเหลือง มีจำนวนทีมผู้ก่อการดีอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนอำเภอ
พื้นที่สีเขียว มีจำนวนทีมผู้ก่อการดีอย่างน้อย ๑ ทีม

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๒. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ**
โครงการที่	**๓. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๑๘. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี**
คำนิยาม	**เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีหมายถึง** เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี **การจมน้ำหมายถึง** การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-๑๐ = W๖๕-W๗๔) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี แสนคน

ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔
≤ ๕.๐	≤ ๔.๕	≤ ๔.๐	≤ ๓.๕	≤ ๓.๐

วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ๒. สถานบริการบันทึกข้อมูลการตายในฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	๑. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ๒. ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็ก อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐,๐๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส๔

เกณฑ์การประเมิน : จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี (เป้าหมายระดับประเทศ)

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≤ ๖๔๓ คน	≤ ๖๓๑ คน	≤ ๖๑๗ คน	≤ ๖๐๐ คน

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≤ ๕๘๗ คน	≤ ๕๗๔ คน	≤ ๕๕๘ คน	≤ ๕๔๐ คน

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≤ ๕๒๗ คน	≤ ๕๑๔ คน	≤ ๔๙๘ คน	≤ ๔๘๐ คน

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≤ ๔๖๗ คน	≤ ๔๕๔ คน	≤ ๔๓๘ คน	≤ ๔๒๐ คน

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≤ ๔๐๗ คน	≤ ๓๙๔ คน	≤ ๓๗๘ คน	≤ ๓๖๐ คน

<table>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>ส่วนกลาง ให้คะแนนโดยดูจากอัตราตายจากการจมน้ำในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้
<table>
<tr><td>คะแนน</td><td>๑</td><td>๒</td><td>๓</td><td>๔</td><td>๕</td></tr>
<tr><td>อัตรา</td><td>>๕.๖ - ๕.๘</td><td>>๕.๔ - ๕.๖</td><td>>๕.๒ - ๕.๔</td><td>>๕.๐ - ๕.๒</td><td>≤๕.๐</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>๑. สถานการณ์การป้องกันเด็กจมน้ำ
๒. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน
๓. สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันเด็กจมน้ำ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรคข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ website สำนักโรคไม่ติดต่อ
(www.thaincd.com)</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๗</td><td>๒๕๕๘</td><td>๒๕๕๙</td></tr>
<tr><td>๕.๙</td><td>อัตราต่อประชากรเด็กแสนคน</td><td>๖.๘</td><td>๕.๙</td><td>-</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑. นางสุชาดา เกิดมงคลการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๓๙๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๕๑๖๗๔๗๖
โทรสาร : E-mail: jew_suchada@hotmail.com
๒. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๓๙๖๗โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๑๓๐๓๕๑๙
โทรสาร : E–mail: som_atat@yahoo.com
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>๑. นางสุชาดา เกิดมงคลการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐ ๓๙๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๕๑๖๗๔๗๖
โทรสาร : E-mail: jew_suchada@hotmail.com
๒. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐ ๓๙๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๑๓๐ ๓๕๑๙
โทรสาร : E–mail: som_atat@yahoo.com
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
</table>

หัวข้อ ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย

๑.๑.๓ กลุ่มวัยรุ่น

ตัวชี้วัด อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๔๒ ต่อพันประชากร

สถานการณ์

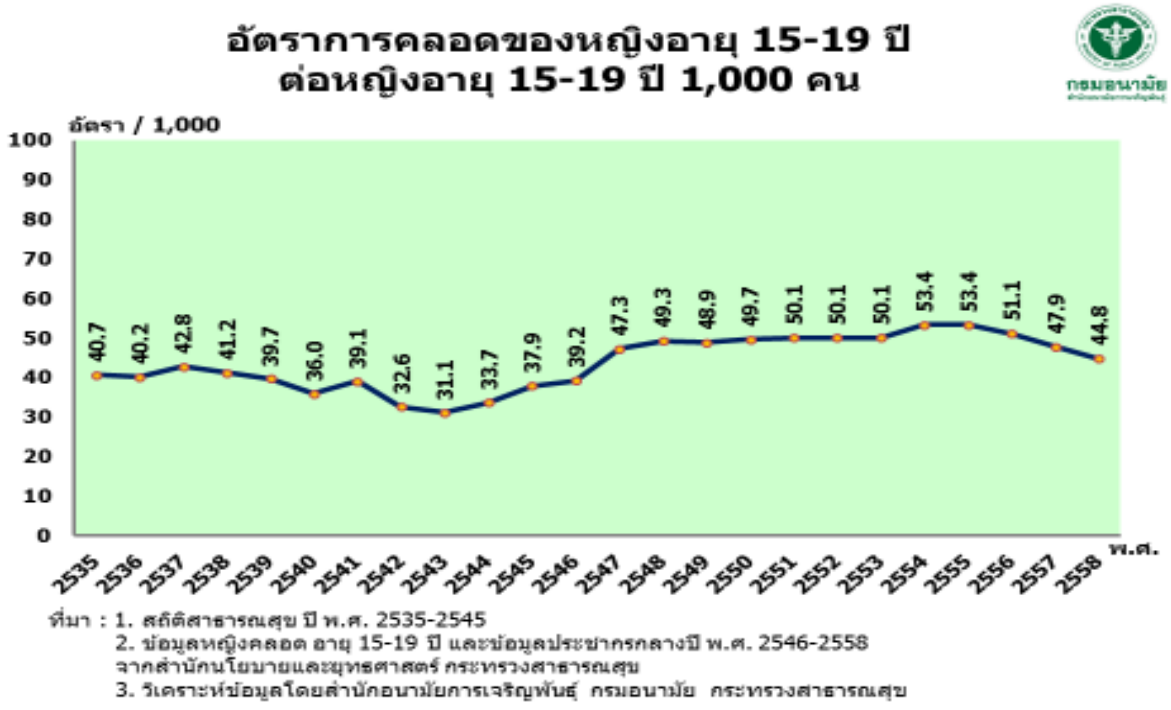
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่า ตลอดปี ๒๕๕๘ มีหญิงคลอดบุตรจำนวนทั้งสิ้น ๖๗๙,๕๐๒ ราย เป็นการคลอดจากแม่วัยรุ่นอายุ ๑๐-๑๙ ปี จำนวน ๑๐๔,๒๘๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓ ของการคลอดทั้งหมด เป็นแม่วัยรุ่นอายุ ๑๐-๑๔ ปี จำนวน ๒,๙๘๘ ราย

- เป็นแม่วัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี จำนวน ๑๐๑,๓๐๑ ราย
- เท่ากับว่าในแต่ละวันมีแม่วัยรุ่นอายุ ๑๐-๑๙ ปี คลอดบุตรจำนวน ๒๘๖ ราย โดย
- แม่วัยรุ่นอายุ ๑๐-๑๔ ปีคลอดบุตร ๘ รายต่อวัน
- แม่วัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปีคลอดบุตร ๒๗๘ รายต่อวัน

อย่างไรก็ตาม จากสถิติของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง พบว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่น สูงสุดใน พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๕ และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในระยะ ๓ ปีที่ผ่านมา ดังนี้

- อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ ๑๐-๑๔ ปีต่อประชากรหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘ เท่ากับ ๑.๘, ๑.๗, ๑.๖ และ ๑.๕ ตามลำดับ
- อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปีต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘ เท่ากับ ๕๓.๔, ๕๑.๒, ๔๗.๙ และ ๔๔.๘



ที่มา : 1. สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2535-2545
2. ข้อมูลหญิงคลอด อายุ 15-19 ปี และข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2546-2558
จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

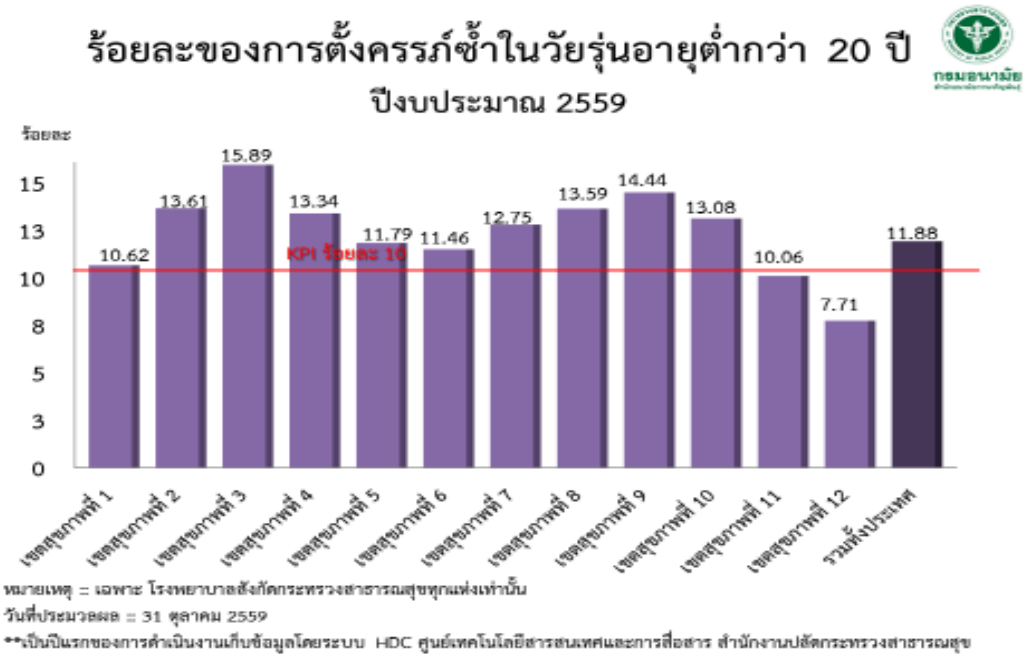
(โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ณ วันที่ 27 ตุลาคม 2559)

อัตราการคลอดในวัยรุ่น ๑๕-๑๙ ปี รายจังหวัด

อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปีจำแนกรายจังหวัด พ.ศ.๒๕๕๘ พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการคลอดน้อยกว่า ๒๔.๙ มีจำนวน ๑ จังหวัด อัตราการคลอด ๒๕.๐-๔๙.๙ มีจำนวน ๕๒ จังหวัด อัตราการคลอด ๕๐.๐-๕๙.๙ มีจำนวน ๑๙ จังหวัด และอัตราการคลอด ๖๐.๐-๖๖.๓ มีจำนวน ๕ จังหวัด

อันดับ	ชื่อจังหวัด	แม่คลอด อายุ ๑๕-๑๙ ปี	จำนวนผู้หญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี รวม	อัตราการคลอดบุตรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี
๑	ชลบุรี	๓,๒๘๖	๔๙,๕๗๖	๖๖.๓
๒	นครนายก	๕๓๗	๘,๒๕๕	๖๕.๑
๓	ระยอง	๑,๕๕๘	๒๔,๐๒๔	๖๔.๙
๔	ประจวบคีรีขันธ์	๑,๑๓๗	๑๗,๖๘๗	๖๔.๓
๕	สมุทรสาคร	๑,๑๖๙	๑๘,๗๑๓	๖๒.๕

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น



วัยรุ่นอายุ ๑๐-๑๙ ปีที่คลอดบุตรซ้ำหรือคลอดเป็นครั้งที่สองขึ้นไปมีมากถึง ๑๒,๗๐๒ ราย หรือเท่ากับร้อยละ ๑๒.๒ ของการคลอดบุตรในวัยรุ่น (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย,ปี ๒๕๕๘) สะท้อนให้เห็นว่าแม่วัยรุ่นจำนวนหนึ่งไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรหลังคลอดบุตร ซึ่งจะช่วยให้ยืดระยะห่างของการมีบุตรคนต่อไปได้นานถึง ๓-๕ ปี

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) และการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

๒. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

๓. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๑. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) และการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์			
- โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการมากกว่าร้อยละ ๘๐	๑. การพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและอำเภออนามัยการเจริญ พันธุ์ ระดับเขตและจังหวัดทั้ง ๗๖ จังหวัด ๒. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรตามมาตรฐาน YFHS (ฉบับบูรณาการ) และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ๓. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการที่เป็นมิตรของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (แบบสอบถามเพื่อติดตามการดำเนินงานโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS รพ.ที่ผ่านการประเมิน ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ๔. โรงพยาบาลมีการดำเนินการและพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ ๕. รพ.สต.มีแนวทางพัฒนาการดำเนินงานการจัด YFHS ๖. ศูนย์อนามัย สคร.และศูนย์สุขภาพจิตและ สสจ.มีการเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบให้ดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ	๑. ติดตามผลจากศูนย์อนามัย ในการรายงานผลการประเมินรับรองโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการของโรงพยาบาลสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. การเยี่ยมเสริมพลังและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขตและจังหวัด	๑. มีบริการสุขภาพ ที่เป็นมิตร มีคุณภาพ และจัดบริการได้ตรงปัญหาและความต้องการของวัยรุ่น ทั้งเชิงรับและเชิงรุก ๒. วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงบริการได้เพิ่มมากขึ้น ๓. ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์และปัญหาพฤติกรรมลดลง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	บูรณาการร่วมกับเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์		
- อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่าร้อยละ ๗๐	๑. อำเภอมีการพัฒนาและบูรณาการดำเนินการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และขอรับการประเมินตามเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	๑.ติดตามผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ -การเยี่ยมเสริมพลังและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด	๑. มีเครือข่ายการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการประสานการดำเนินงานระหว่างสถานบริการสาธารณสุข ครอบครัว / ชุมชน และสถานศึกษา ๒.มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างเป็นระบบและรอบด้าน
๒. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี			
การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ไม่เกินร้อยละ ๑๐	-ส่งเสริมให้วัยรุ่น และครอบครัวมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้ง -ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีกึ่งถาวร (ภายใน ๖ สัปดาห์หลังคลอด/หลังแท้ง) -ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลากรผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร -สนับสนุนการจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)	- อัตราการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีสมัยใหม่ทุกวิธี -อัตราการได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร -การจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวรของสถานบริการสาธารณสุขให้เพียงพอสำหรับให้บริการกลุ่มเป้าหมายอยู่สม่ำเสมอ -การบันทึกและติดตามผลการบันทึกข้อมูลการการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งในระบบ Health data center (HDC) ให้ถูกต้องครบถ้วน	-วัยรุ่นหลังคลอดหรือหลังแท้งทุกรายได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่โดยเน้นวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวร - ระบบข้อมูลการรายงานผลการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งในกลุ่มวัยรุ่นมีความถูกต้องครบถ้วนทันเวลา

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๓. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด			
- มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด - มีแผนการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด	-เร่งรัดการจัดตั้ง และการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด -พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่หลากหลายครอบคลุมความต้องการของวัยรุ่น ในพื้นที่ - ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น -สร้างการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หลายหลายตรงตามความต้องการ	-ติดตามการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด และผลที่เกิดจากการประชุมดังกล่าว -ติดตามกลไกการบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่	-เกิดกลไกการทำงานที่เป็นรูปธรรมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในเขตสุขภาพ -อัตราการคลอดในระดับเขตลดลงตามเป้าหมายของเขตสุขภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นางเรณู ชูนิล	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๔๓	การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี
นางประกายดาว พรหมประพัฒน์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๖๕ Mobile. ๐ ๘๑๙๖๐ ๒๗๔๙ e-mail : prakaidaor@gmail.com	-ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) และการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ -การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**
โครงการที่	**๒. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น**
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๙. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี**
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔
๔๒	๔๐	๓๘	๓๖	๓๔

วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เด็กเกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร์
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี (จากทะเบียนเกิด)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑,๐๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	๔๒

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	๔๐

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	๓๘

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	๓๖

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	๓๔

วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ที่ผ่านการตรวจสอบจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นการประมวลผลย้อนหลัง ปีละ ๑ ครั้ง
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลจำนวนการเกิด และข้อมูลประชากรกลางปี จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	๔๗.๙	๔๔.๓	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๒๔๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๘๖๖๒๗๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๔๑๖๓ E-mail : Bunyarit_su@hotmail.com ๒. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๑๖๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๖๒๗๓๓๙ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๔๑๖๓ E-mail : am-piyarat@hotmail.com **กรมอนามัย**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลทุก ๑ ปี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑ นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๑๖๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๖๒๗๓๓๙ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๔๑๖๓ E-mail :am-piyarat@hotmail.com **กรมอนามัย**

หัวข้อ ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย

๑.๑.๔ กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัด ๑) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือ เบาหวานรายใหม่
(HT ลดลงร้อยละ ๒.๕ , DM ลดลงร้อยละ ๕)
๒) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน ๑๘ต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่

(ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ ๕ , ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ ๒.๕)

คำนิยาม

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD๑๐ = I๑๐ – I๑๕)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน ในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐ – E๑๔)

สูตรการคำนวณ

A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุในปีงบประมาณ

B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่มอายุในปีงบประมาณ ๒๕๖๐

C = จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์

ตัวชี้วัดความดันโลหิตสูง = A/C)x๑๐๐,๐๐๐ตัวชี้วัดเบาหวาน = (B/C)x๑๐๐,๐๐๐

สถานการณ์

โรคความดันโลหิตสูง: จากข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศในปี ๒๕๕๖-๒๕๕๘ เท่ากับ ๘.๐๙ ๑๘.๒๘และ๒๕.๓๒ ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคความดันหิตสูงในปี ๒๕๕๘ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๖มากกว่า ๓ เท่าสถานการณ์ป่วยและการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงในช่วงเวลาดังกล่าว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากรแสนคน เพิ่มจาก ๓๘๙.๘ต่อประชากรแสนคน (จำนวน ๒๑๘,๒๑๘ ราย) ในปี ๒๕๕๖ เป็น ๑,๖๒๑.๗๒ต่อประชากรแสนคน(จำนวน ๑,๐๔๗,๙๗๙ราย) ในปี ๒๕๕๘ ซึ่งเป็นอัตราเพิ่มขึ้นมากกว่า ๔เท่า การคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (ข้อมูลเดือนตุลาคม๒๕๕๖-กันยายน๒๕๕๗) พบว่าในการคัดกรองในประชากรอายุ ๑๕ปีขึ้นไป จำนวน ๒๕,๕๐๔,๐๐๙คน พบเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ๕,๗๖๓,๖๓๕ คน และกลุ่มป่วยหรือสงสัยป่วยรายใหม่๑,๑๑๖,๗๓๐ คน และข้อมูลพื้นฐานจาก HDCปีงบประมาณ ๒๕๕๘พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง๘๕๑.๓๑ ต่อแสนประชากร

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ (ปี๒๕๕๑-๒๕๕๒) พบความชุกของความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๒๑.๔ หรือประมาณ ๑๑ล้านคน และผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๐ในเพศชาย และร้อยละ ๔๐ในเพศหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้รับการรักษา มีร้อยละ ๘-๙ และในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการ

รักษา มีเพียง ๑ใน ๔ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕(ปี๒๕๕๗) พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๒๔.๗ หรือประมาณ ๑๔ล้านคน

โรคเบาหวาน:สถานการณ์ในประเทศไทยในปี ๒๕๕๖ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด ๙,๖๔๗ ราย หรือเฉลี่ยวันละ ๒๗ คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๔.๙๓ ต่อประชากรแสนคน และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖๙๘,๗๒๐ ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ๑,๐๘๑.๒๕ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๗ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด ๑๑,๓๘๙ ราย หรือเฉลี่ยวันละ ๓๒ คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๗.๕๓ ต่อแสนประชากร ข้อมูลจาก MedResNetในปี ๒๕๕๗ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ ๓๗.๙ ถ้าการควบคุมสภาวะของโรคได้ไม่ดีจะทำให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนทั้งเรื่องของ ตา ไต หัวใจ สมอง หรือเท้าและข้อมูลพื้นฐานจากHDCปีงบประมาณ ๒๕๕๘พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานเป็น ๔๑๘.๐๒ ต่อแสนประชากร

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปร้อยละ ๖.๙ หรือประมาณ ๓,๑๘๕,๖๓๙ คน โดยเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าในเพศชาย คือ ร้อยละ ๗.๗ และ ๖ ตามลำดับ นอกจากนี้ความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือ จากร้อยละ ๐.๖ ในกลุ่มอายุ๑๕-๒๙ ปี และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ ๖๐-๖๙ ปีร้อยละ ๑๖.๗ และที่สำคัญ ๑ ใน ๓ ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน กลุ่มอายุ ๑๕-๒๙ ปี เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นจนต่ำสุดในช่วงอายุ ๗๐-๗๙ ปี เพศชายทุกกลุ่มอายุมีสัดส่วนของการไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนสูงกว่าในผู้หญิงในกลุ่มอายุเดียวกันและมีสัดส่วนของผู้ที่รักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์น้อยกว่าเพศหญิงเกือบทุกกลุ่มอายุการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕(ปี๒๕๕๗) พบความชุกของโรคเบาหวาน ในประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๘.๙ หรือประมาณ ๕ล้านคน

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการ: การดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวานในประชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป และการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและประชากร			
-อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ ๒.๕ จากปี ๒๕๕๙ (ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๓๙๐,๐๐๐ คน) -อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง ๕.๐ จากปี ๒๕๕๙ (ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๙๐,๐๐๐ คน)	๑. มาตรการระดับประชากร ได้แก่ - การสื่อสารสาธารณะ - การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและการจัดการลดเสี่ยงในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ สถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุข ตำบลจัดการสุขภาพ ๒. มาตรการในสถานบริการ - การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง	๑. การรณรงค์สื่อสารสาธารณะ ๒. การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน เช่น สถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุข และตำบลจัดการสุขภาพ และการบังคับใช้กฎหมายบุหรี่ สุรา ๓. การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง การกำกับติดตามให้กลุ่มเสี่ยง DM/HT เข้าถึงบริการปรับพฤติกรรมลดเสี่ยง	**<u>รอบที่ ๑</u>** ๑. มีแผนการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงโรค DMHT ด้วยวิธีต่างๆ เช่น รณรงค์ให้ความรู้ในวันสำคัญ(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ๒. มีแผนงานโครงการเฝ้าระวัง คัดกรอง และลดเสี่ยงในชุมชน (สถานประกอบการและตำบล) และการดำเนินงานมีกิจกรรมตามแผนตามที่ได้วางไว้ ๓. มีการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย บุหรี่ สุรา ๔. มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง ≥ ๘๐ %มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูง **<u>รอบที่ ๒</u>** ๑. มีกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานต่อเนื่องตามที่ได้วางไว้ ๒. มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง ≥ ๙๐ %

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			๓. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลงร้อยละ ๒.๕ (จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๓๙๐,๐๐๐ คน) ๔. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ลดลงร้อยละ ๕.๐ (จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๙๐,๐๐๐ คน)

หมายเหตุ : ระยะเวลาประเมินผล ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

รายละเอียดตัวชี้วัด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี	**๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี** (Health-Adjusted Life Expectancy (at Birth))
หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ**
โครงการที่	**๓. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของคนไทยกลุ่มวัยทำงาน**
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๑๔. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง** ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD๑๐ = I๑๐ – I๑๕) **ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง** ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน ในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐-E๑๔)

เกณฑ์เป้าหมาย : ๑.ลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ ๒.๕ ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๙
๒.ลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ ๕.๐ ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๙

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๑.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๓๙๐,๐๐๐ คน ๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๙๐,๐๐๐ คน	๑.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๓๘๐,๐๐๐ คน ๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๘๐,๐๐๐ คน	๑.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๓๗๐,๐๐๐ คน ๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๗๐,๐๐๐ คน	๑.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๓๖๐,๐๐๐ คน ๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๖๐,๐๐๐ คน	๑.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๓๕๐,๐๐๐ คน ๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๕๐,๐๐๐ คน

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อลดอัตราของผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ๒. เพื่อลดอัตราของผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD๑๐ = I๑๐ – I๑๕) ๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐-E๑๔)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐
รายการข้อมูล ๒	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่มอายุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๑ ปี (ปีงบประมาณ) หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน : วัดผลลัพธ์อัตราผู้ป่วยรายใหม่โดยประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	๑. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๓๙๐,๐๐๐ คน ๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๙๐,๐๐๐ คน

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	๑.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๓๘๐,๐๐๐ คน ๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๘๐,๐๐๐ คน

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	๑.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๓๗๐,๐๐๐ คน ๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๗๐,๐๐๐ คน

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	๑.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๓๖๐,๐๐๐ คน ๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๖๐,๐๐๐ คน

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	๑.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๓๕๐,๐๐๐ คน ๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ๑๕๐,๐๐๐ คน

<table>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td colspan="5">- วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง
- วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td colspan="5">- คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ ๒๕๕๘</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>Baseline data</td><td>หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>๒๕๕๗</td><td>๒๕๕๘</td><td>๒๕๕๙</td></tr>
<tr><td></td><td>จำนวนผู้ป่วยรายใหม่
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน</td><td>คน</td><td>

-

-</td><td>

-

-</td><td>

๔๐๐,๐๐๐

๒๐๐,๐๐๐</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">ที่มา : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
วิเคราะห์โดย : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td colspan="5">๑.นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๕๑๕-๕๙๑๑
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๒ E-mail : dr.tum@hotmail.com
๒.แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๓๔๑-๕๔๐๘
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๒ E-mail : jurekong@gmail.com
๓.แพทย์หญิงสุมนี วัชรสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๖๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๕๑๕-๕๙๑๑
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๒ E-mail : wsu_๑๙๗๘@hotmail.com
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td colspan="5">สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td colspan="5">๑. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๗๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๓๘๓๙๓๘๗
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๓๙๗๒ E-mail : ncdplan@gmail.com
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
</table>

หัวข้อ ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย

๑.๑.๔ กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัด ๒) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน ๑๘ต่อแสนประชากร

คำนิยาม

อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-๑๐ = V๐๑-V๘๙) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบกไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ

ผู้เสียชีวิตหมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน ๒๔ ชม. จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์

การบาดเจ็บเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย เสียชีวิต พิการและก่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมทั่วทุกแห่งในโลก โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในแต่ละวันจะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่า 3,000 คน คาดการณ์ว่าระหว่าง พ.ศ. 2543-2563 ประเทศที่มีรายได้สูงจะมีการเสียชีวิตจากการจราจรลดลงประมาณร้อยละ 30 แต่จะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางถ้าปราศจากการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกรายงานความปลอดภัยทางถนนของโลก (Global Status Report on Road Safety, 2015) รายงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของโลก พ.ศ.2556 จากการสำรวจ 180 ประเทศทั่วโลก พบว่า ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อุบัติเหตุทางถนนที่เกิดขึ้น คิดเป็นอัตรา 17.3 ต่อประชากรแสนคน โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราตายเป็นอันดับหนึ่งในภูมิภาคนี้ และจากรายงานดังกล่าว ได้ประมาณการว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลก อัตราตาย 36.2 รายต่อแสนประชากร (ประมาณ 24,237 คน) และประเทศไทยยังเป็นอันดับ 1 ของเอเชียและอาเซียน ที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุด

ภาระโรคการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย

การสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายและเพศหญิง จำแนกตามรายโรค พบว่าอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 8 ในเพศหญิง โดยค่าความสูญเสียในเพศชายร้อยละ 8.0 เพศหญิงร้อยละ 2.7 ซึ่งเพศชายสูญเสียปีสุขภาวะสูงกว่าเพศหญิงถึงกว่า 4 เท่า และเมื่อพิจารณาการสูญเสีย ปีสุขภาวะในเพศชายและเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี พบว่า อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสีย ปีสุขภาวะ โดยค่าความสูญเสียในเพศชายร้อยละ 32.5 เพศหญิงร้อยละ 12.9 ซึ่งเพศชายสูญเสียปีสุขภาวะสูงกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า

เป้าหมายความปลอดภัยทางถนนกับเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน
(Sustainable Development Goals หรือ SDGs)

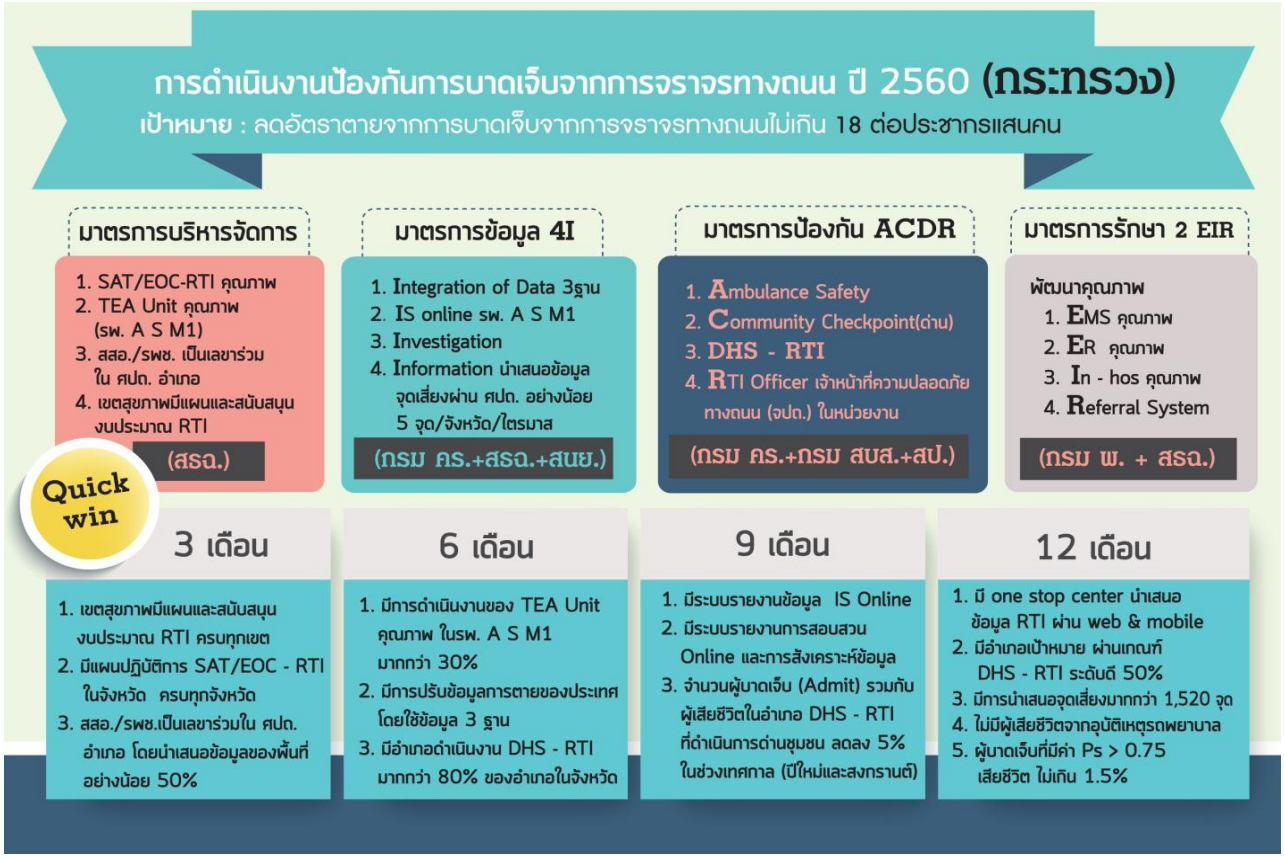
เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2558 ที่ผ่านมา ผู้นำจากประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติจำนวน 193 ประเทศ ได้ลงมติรับรอง เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals ในการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly - UNGA) โดยจะใช้เป็นวาระแห่งการพัฒนาของโลกในอีก 15 ปีข้างหน้า (2016-2030) และได้ให้การรับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ.2573 (2030 Agenda for Sustainable Development) ถือเป็นหน้าประวัติศาสตร์ที่สำคัญ โดยหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) จำนวน 17 เป้าหมาย ซึ่งใน **เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ข้อ 3.6 ลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี 2563** การกำหนดให้ลดจำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนถือเป็นก้าวครั้งสำคัญต่อประเด็นความปลอดภัยทางถนน สะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับมากขึ้นว่าการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนน เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเสียชีวิตของคนทั่วโลก

เป้าหมายความปลอดภัยทางถนนกระทรวงสาธารณสุข

ประเทศไทยมีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน คือ การลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ไม่เกิน 10 คนต่อประชากรแสนคน ภายใน พ.ศ.2563 โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศ คือ อัตราการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตในปี 2563 ลดลงร้อยละ 50

สำหรับในปีงบประมาณ 2560 กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 4 ด้าน ดังนี้

1. มาตรการการบริหารจัดการ
2. มาตรการจัดการข้อมูล
3. มาตรการป้องกัน
4. มาตรการการรักษา



มาตากร	การดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	เป้าหมาย
๑. มาตรการการบริหารจัดการ	๑.๑ หวัดมีแผนปฏิบัติการ SAT/EOC-RTI	SAT (Situation Awareness Team) ทีมรวบรวมข้อมูลประเมินสถานการณ์ติดตามพร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนอง	ดำเนินการทุกจังหวัด
	๑.๒ อำเภอ (สสอ./รพช.) เป็นเลขาร่วมใน ศปถ.อำเภอ และมีการนำเสนอข้อมูล สถานการณ์ปัญหา	การร่วมดำเนินงานในศุนย์ปฏิบัติความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)	ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอในจังหวัด
	๑.๓ การพัฒนา TEA Unit คุณภาพ ในโรงพยาบาล A S M๑	โรงพยาบาล A S M๑ พัฒนา Truma Admin Unit ให้มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม	โรงพยาบาล A S M๑ ร้อยละ ๑๐๐
๒. มาตรการจัดการ	๒.๑ จังหวัดมีการบูรณาการข้อมูลการตาย ๓ ฐาน แสดงข้อมูลเป็นรายเดือน และนำเสนอข้อมูลใน ศปถ.จังหวัด	การบูรณาการข้อมูลจาก ๓ หน่วยงาน ได้แก่ สาธารณสุข ตำรวจ และ บ.กลางฯ จำกัด และนำเสนอข้อมูลใน ศปถ.จังหวัด	ดำเนินการทุกจังหวัด

มาตากร	การดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	เป้าหมาย
ข้อมูล	๒.๒ การนำเสนอข้อมูลชี้เป้าจุดเสี่ยงผ่าน ศปถ.จังหวัด หรือการประชุมของสหสาขา	อย่างน้อยจังหวัดละ ๕ จุด/จังหวัด/ไตรมาส	๓๘๐ จุด/ไตรมาส และ ๑๕๒๐ จุด/ไตรมาส
๓. มาตรการป้องกัน	๓.๑ อำเภอมีการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI)	ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI) ผ่านระบบสุขภาพอำเภอ และเชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) โดยมุ่งเน้นให้เกิดการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอผ่านกลไกต่างๆ	อย่างน้อยร้อยละ ๓๐ ของอำเภอในจังหวัด และอำเภอผ่านเกณฑ์ระดับดี (Good) ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอที่ดำเนินการ
	๓.๒ อำเภอขับเคลื่อนการดำเนินงาน ด่านชุมชน/มาตราการชุมชน อย่างน้อย ๕ ด่าน/อำเภอ	- มีการทำประชาคม/ข้อตกลงหมู่บ้าน - การสื่อสารมาตรการร ให้คนในชุมชนรับทราบมาตรการ/อบรมกลุ่มเสี่ยง - การเตรียมทีมผู้ปฏิบัติในด่านชุมชนเพื่อซักซ้อมแนวปฏิบัติ	ร้อยละของผู้บาดเจ็บ (Admit) รวมกับผู้เสียชีวิตในจังหวัดลดลง ๕% ในช่วงเทศกาล (ปีใหม่/สงกรานต์)
	๓.๓ โรงพยาบาลการดำเนินงานมาตรการองค์กร (การเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล)	- ติดตั้งระบบ GPS - ติดตั้งกล้องบันทึกภาพหน้ารถ/คนขับ - จำกัดความเร็วไม่เกิน ๘๐ km/hr - พนักงานขับรถผ่านการอบรม - ประกันภัยภาคสมัครใจชั้น ๑	การเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาลลดลงร้อยละ ๕๐ และไม่มีการเสียชีวิตจากรถพยาบาล
๔. มาตรการการรักษา	๔.๑ การพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps>๐.๗๕ เสียชีวิตไม่เกิน ๑.๕%	- EMS คุณภาพ - ER คุณภาพ - In-hos คุณภาพ Definitive Care - Referral System	จำนวนจังหวัดที่ผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps>๐.๗๕ เสียชีวิตไม่เกิน ๑.๕%

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่รับผิดชอบ
นางนงนุช ตันติธรรม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๗ Mobile ๐๘ ๙๗๘๘ ๓๐๒๐ e-mail: nuchtt@hotmail.com	
นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักโรคไม่ติดต่อ	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๖๗ Mobile ๐๖ ๔๔๒๔ ๘๘๕๕ e-mail: khajohn_j@hotmail.com	

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๒. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ**
โครงการที่	**๓. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๑๙. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน**
คำนิยาม	**อุบัติเหตุทางถนน** (รหัส ICD-๑๐ = V๐๑-V๘๙) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ **ผู้เสียชีวิต** หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วย ภายใน ๒๔ ชม. จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข **เป้าหมายการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน**โดยมีเป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี ๒๕๕๔-๒๕๖๓) เมื่อสิ้นสุดทศวรรษปี ๒๕๖๓ จะต้องลดการเสียชีวิตลงร้อยละ ๕๐ จากปี ๒๕๕๔ ดังนั้นจะต้องลดการตายลงอย่างน้อยร้อยละ ๕ ต่อปีโดยใช้ข้อมูลการตายจากการบูรณาการ ๓ ฐาน ได้แก่ ฐานข้อมูลมรณบัตรของกรมการปกครอง ฐานข้อมูลจากระบบ POLIS ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และฐานข้อมูลจากระบบ e-claim ของบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด มีรายละเอียดแต่ละปีดังนี้

ปี ๒๕๕๔	ปี ๒๕๕๕	ปี ๒๕๕๖	ปี ๒๕๕๗	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔
Based line	ลดลง ๕%	ลดลง ๑๐%	ลดลง ๑๕□	ลดลง ๒๐%	ลดลง ๒๕%	ลดลง ๓๐%	ลดลง ๓๕%	ลดลง ๔๐%	ลดลง ๔๕%	ลดลง ๕๐%
๒๒,๘๘๖	๒๑,๗๔๒	๒๐,๕๙๗	๑๙,๔๕๓	๑๘,๓๐๙	๑๗,๑๖๕	๑๖,๐๒๐	๑๔,๘๗๖	๑๓,๗๓๒	๑๒,๕๘๗	๑๑,๔๔๓
๓๕.๖๖	๓๓.๘๓	๓๑.๘๗	๒๙.๙๕	๒๗.๙๘	๒๖.๒๓	๒๔.๔๙	๒๒.๗๔	๒๐.๙๙	๑๙.๒๔	๑๗.๔๙

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ลดลง ๓๐% จากปี ๒๕๕๔ ไม่เกิน ๒๔.๔๙ ต่อประชากรแสนคน	ลดลง ๓๕% จากปี ๒๕๕๔ ไม่เกิน ๒๒.๗๔ ต่อประชากรแสนคน	ลดลง ๔๐% จากปี ๒๕๕๔ ไม่เกิน ๒๐.๙๙ ต่อประชากรแสนคน	ลดลง ๔๕% จากปี ๒๕๕๔ ไม่เกิน ๑๙.๒๔ ต่อประชากรแสนคน	ลดลง ๕๐% จากปี ๒๕๕๔ ไม่เกิน ๑๗.๔๙ ต่อประชากรแสนคน

หมายเหตุ : ในปี ๒๕๖๐ ขอใช้เป้าหมาย ๑๘ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งได้กำหนดไว้ใน PA ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลในการประเมินจากมรณบัตรของกรมการปกครอง โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้รหัส ICD๑๐

วัตถุประสงค์	เพื่อลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการบูรณาการข้อมูลการตาย ๓ ฐาน โดยผ่านโปรแกรมบูรณาการของหน่วยงานส่วนกลาง
แหล่งข้อมูล	จากระบบบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน ของส่วนกลาง ได้แก่ ๑. ข้อมูลการตายฐานมรณบัตร ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ให้รหัส ICD๑๐ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ๒. ข้อมูลจากระบบ POLIS ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ๓. ข้อมูลจากระบบ e-claim ของบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน(V๐๑-V๘๙) ทั้งหมดปีงบประมาณปัจจุบัน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน(V๐๑-V๘๙) ทั้งหมดของปี ๒๕๕๔ (based line)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A-B)/B x ๑๐๐ (ร้อยละของการลดลง)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส๔

เกณฑ์การประเมิน :
ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔ :จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

ปี ๒๕๖๐	**ปี ๒๕๖๑**	**ปี ๒๕๖๒**	**ปี ๒๕๖๓**	**ปี ๒๕๖๔**
ลดลง ๓๐% จากปี ๒๕๕๔ ไม่เกิน ๒๔.๔๙ ต่อประชากรแสนคน	ลดลง ๓๕% จากปี ๒๕๕๔ ไม่เกิน ๒๒.๗๔ ต่อประชากรแสนคน	ลดลง ๔๐% จากปี ๒๕๕๔ ไม่เกิน ๒๐.๙๙ ต่อประชากรแสนคน	ลดลง ๔๕% จากปี ๒๕๕๔ ไม่เกิน ๑๙.๒๔ ต่อประชากรแสนคน	ลดลง ๕๐% จากปี ๒๕๕๔ ไม่เกิน ๑๗.๔๙ ต่อประชากรแสนคน

หมายเหตุ :ในปี ๒๕๖๐ ขอใช้เป้าหมาย ๑๘ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งได้กำหนดไว้ใน PA ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลในการประเมินจากมรณบัตรของกรมการปกครอง โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้รหัส ICD๑๐

แนวทางการดำเนินงาน:	แนวทางการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนใน ๔ ด้าน ดังนี้ ๑.มาตรการบริหารจัดการได้แก่ SAT/EOC-RTI คุณภาพ, TEA Unit คุณภาพ ใน รพ. A S M๑, สสอ./รพช. เป็นเลขาร่วมใน ศปถ. อำเภอ และการสนับสนุนงบประมาณจากเขตสุขภาพจัดทำแผนบูรณาการร่วมกับ ศปถ.อำเภอ/ศปถ.จังหวัด พร้อมกำหนดให้มีการติดตามประเมินผล ๒.มาตรการข้อมูล ได้แก่ Integration of Data ๓ฐาน, การพัฒนาIS online ใน รพ. A S M๑, การสอบสวนการบาดเจ็บ (Investigation) และการจัดการข้อมูล (Information for Action) ให้มีการนำเสนอข้อมูลความเสี่ยงสำคัญ เช่น การชี้เป้าจุดเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง ยานพาหนะเสี่ยง ผ่าน ศปถ.จังหวัด/อำเภอ ๓.มาตรการป้องกัน ได้แก่ ความปลอดภัยของรถพยาบาล (Ambulance Safety) ด่านชุมชน (Community Checkpoint)การขับเคลื่อน DHS-RTI รวมถึงการดำเนินงานร่วมกับเทศบาลนคร/เทศบาลเมืองในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตเมืองใหญ่ City RTI และสนับสนุนให้มีเจ้าหน้าที่ดำเนินงานมาตรการองค์กรเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางถนน (จปถ.) ๔.มาตรการรักษา ได้แก่ พัฒนาEMS/ER คุณภาพ Definitive care ในโรงพยาบาล รวมถึง Trauma fast track และระบบส่งต่อ (Referral System)
วิธีการประเมินผล :	คำนวณการลดลงของร้อยละการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในแต่ละปีเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย (ปี ๒๕๕๔)
เอกสารสนับสนุน :	-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
		๒๕๕๗	**๒๕๕๘**	**๒๕๕๙**
	จำนวน (อัตราต่อประชากรแสนคน)	๑๙,๔๕๓ ๒๙.๙๕		

ที่มา : จากระบบบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน:๐๒-๕๙๐๓๙๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๘๘๓๐๒๐ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐-๓๙๖๘ E-mail : nuchtt@yahoo.com ๒. นายแพทย์ไผท สิงห์คำ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๓๙๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๙๙๐๘๒๕ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๓๙๖๘ E-mail : zalenxxx@gmail.com ๓. นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๖๗๒๔๖๗๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๓๙๖๘ E-mail: khajohn_j@hotmail.com **สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	๑ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางนงนุช ตันติธรรม โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๓๙๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๘๘๓๐๒๐ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๓๙๖๘ E-mail : nuchtt@yahoo.com ๒. นางสาวชลธิชา คำสอ โทรศัพท์สำนักงาน :๐๒-๕๙๐-๓๙๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๙๒๔-๓๙๑๕ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐-๓๙๖๘ E-mail : c.kamsor@gmail.com **สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค**

หัวข้อ ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย
๑.๑.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

สถานการณ์

สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ประมาณร้อยละ ๒๐ อยู่คนเดียว จำนวน ๖ แสนคน หรือร้อยละ ๗.๗ ร้อยละ ๙๕ เจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียง ร้อยละ ๒๖ มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ ๑๒.๔ และ เข้าถึงระบบบริการร้อยละ ๕๖.๗

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑.ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์			
ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบดังนี้ **๑**.มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว ๒.มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ๓.มี Care manager Care giver หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ๔.มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home	**๑.** ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลาง และคณะกรรมการดำเนินงาน ในระดับพื้นที่ และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ **๒.** ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ และคู่มือดูแลผู้สูงอายุ “ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” **๓.** ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่	๑.พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ จังหวัดประเมินพื้นที่รายงานให้ศูนย์อนามัยเขตรายไตรมาส ๒.ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมินและรายงานให้ส่วนกลางรอบ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน	๑.จำนวนผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ๑๕๐,๐๐๐ คน ๒. Care manager ผ่านการอบรม ๓,๔๘๐ คน ๓. Care giver ผ่านการอบรม ๑๓,๙๒๐ คน ๔. ตำบลต้นแบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๐ ๕. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐ ๖. มีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ ๕. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล ๖. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) ๗. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล	เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ **๔.** สร้างสื่อสาธารณที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อสังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณผู้สูงอายุ **๕.** พัฒนานโยบาย LCT /ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ๓s /อบรม Care manager Care giver และ อสค. สนับสนุนกลไกลการเงินจาก สปสช.		ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นพ.อุดม อัศวุตมางกุร	ตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๕๐๘ Mobile ๐๘ ๑๓๗๗ ๖๖๒๓ e-mail : asawut@hotmail.com	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
นางวิมล บ้านพวน	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๕๐๘ Mobile๐๙ ๗๒๔๑ ๙๗๒๙ e-mail : vimol.b@anamai.mail.go.th	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

รายละเอียดตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	**ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์**
ประเด็นยุทธศาสตร์	**PP Excellence : การส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย**
เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์	ดูแล LTC ในผู้สูงอายุ
คำนิยาม	**- มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์** หมายถึงมีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ ๗ ข้อ ดังนี้ ๑. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว ๒. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ๓. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ๔. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ ๕. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล ๖. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่นชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) ๗. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล **หมายเหตุ**: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ - ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ - มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	- รายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต - ศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๓ รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบการรายงาน ๓,๖,๙,๑๒ เดือน
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ : $\frac{A}{B} \times ๑๐๐$
ระยะเวลาประเมิน	ประเมินผลรายไตรมาส

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

เกณฑ์การประเมิน :

๕ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๕๙ –กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๒๗	๒๙	๓๑	๓๓	๓๕

๕ เดือนหลัง (มีนาคม ๒๕๖๐-กรกฎาคม ๒๕๖๐)

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๓๕	๓๗	๔๐	๔๕	๕๐

มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :

(P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)

P : ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ. และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

I : ประสานแหล่งเงินทุน (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

R : ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

A : สร้างการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ

B : พัฒนานโยบาย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ระบบดูแลผู้สูงอายุ ๓ S (Thai Active Aging: Strong Social and Security) อบรม Care manager, Caregiver และ อสค. และ สนับสนุนกลไกการเงินจาก สปสช.

Small Success :

กลไก	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ส่วนกลาง	- มีคณะกรรมการร่วม สธ. และ สปสช. ๗x๗ - มีคณะกรรมการขับเคลื่อน PA และคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ ๓ s	- ออกกฎระเบียบ/จัดทำคู่มือและมาตรฐานการดำเนินงาน - ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาทีมประเมิน - มีแผนบูรณาการ ๓ s ในกระทรวง	- มีระบบฐานข้อมูล - มีกฎระเบียบ/คู่มือและมาตรฐานการดำเนินงาน - มีแผนบูรณาการ ๓ s ร่วม ๔ กระทรวงหลัก - ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง	- มีช่องทางการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่าย - มีรายงานผลการดำเนินงานข้อเสนอเชิงนโยบาย LTC/๓S
เขตสุขภาพ/ สสจ./รพศ./รพท.	- มีคณะกรรมการร่วม สธ. และ สปสช. ในระดับเขต ๕x๕ - มีคณะกรรมการระดับจังหวัด - ประชุมชี้แจง และจัดอบรม CM	- สนับสนุนการดำเนินงาน - มี CM ๑,๗๔๐ คน - จัดสรรงบประมาณแก่พื้นที่ - มีการขับเคลื่อนงานโดยใช้เทคนิคค่ากลาง (ฉบับ อ.นพ.	- มี CM ๒,๖๑๐ คน - จัดสรรงบประมาณแก่พื้นที่	- มี CM ๓,๔๘๐ คน - จัดสรรงบประมาณแก่พื้นที่

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

		อมร นนทสุต)		
ระดับอำเภอ (DHS)/พื้นที่	- มีคณะกรรมการระดับพื้นที่/กรรมการกองทุน LTC - ประชุมชี้แจง และจัดอบรม CG	- มี CG ๖,๙๖๐ คน - สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ตาม Care Plan ร้อยละ ๓๐-๕๙ - ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๓๕	- มี CG ๑๐,๔๔๐ คน - ดูแลผู้สูงอายุตาม Care plan ร้อยละ ๖๐-๗๐ - ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๔๐	- มี CG ๑๓,๙๒๐ คน - มีผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ ๘๐-๑๐๐ - ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐
วิธีการประเมินผล :	พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ จังหวัดประเมินพื้นที่รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางรอบ ๓,๖,๙ และ ๑๒ เดือน			
เอกสารสนับสนุน :	๑. คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care ๒. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ ๓. คู่มือแนวทางการประเมิน ADL ๔. คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดยมีคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	๑๓.๔๓ (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	๒๗ (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	๗๔.๕ (หมายเหตุ : เฉพาะตำบลนำร่องโครงการ LTC ๑,๐๖๗ ตำบล)

ผู้กำกับตัวชี้วัด	๑. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๒ ๕๙๐ ๔๐๔๙ E-mail : drwachira๙๙@gmail.com ๒. นายแพทย์อุดม อัศวุตมางกุร ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒ ๕๙๐ ๔๕๐๘ E-mail : asawut@hotmail.com Udom.a@anamai.mail.go.th

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นายแพทย์อุดม อัศวุตมางกุร ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย E-mail : asawut@hotmail.com ,Udom.a@anamai.mail.go.th โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒ ๕๙๐ ๔๕๐๘ ๒. นางวิมล บ้านพวน หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุและเครือข่าย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย E-mail : vimol.b@anamai.mail.go.th โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐ ๒๕๙๐ ๔๕๐๘ , โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๗ ๒๔๑ ๙๗๒๙
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน	นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย เบอร์ติดต่อ ๐๒ ๕๙๐ ๔๕๐๔ , ๐๘๑ ๔๕๔ ๓๕๖๓ E-mail : orawannee.a@anamai.mail.go.th

หัวข้อ ๑.๒ ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่
๑.๒.๑ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ ๘๐)

สถานการณ์

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพในปัจจุบันมีความรุนแรงและซับซ้อนกว่าอดีต ทำให้ต้องมีการติดตามประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ เพื่อตรวจจับเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว และพัฒนาความพร้อมเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) และพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team) ระดับจังหวัด เพื่อปฏิบัติการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าวและได้ข้อมูลการระบาดของโรคและภัยสุขภาพแบบ Real Time และมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ไว้บัญชาการเหตุการณ์และจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ทันทีตามมาตรฐานสากล

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด

๒. การพัฒนาบุคลากรรองรับการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด

๓. การซ้อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑. การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด			
จังหวัด จัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	ประเมินความพร้อมและจัดเตรียมทรัพยากร เพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	- ตรวจสอบหลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรองรับระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)
จังหวัด จัดเตรียมสถานที่อุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	ประเมินความพร้อมและจัดเตรียมทรัพยากร เพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	- ติดตามการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด	มีสถานที่ อุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒. การพัฒนาบุคลากรรองรับการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด			
จังหวัด จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)	พัฒนาบุคลากรรองรับการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	- ตรวจสอบหลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	มีการแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)
ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน	พัฒนาบุคลากรรองรับการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	- ตรวจสอบรายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรมการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน - ตรวจสอบรายงานประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด	ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) เริ่มปฏิบัติงานประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓. การซ้อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด			
มีการซ้อมแผนเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือปฏิบัติงานจริงกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข	ซ้อมแผนตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด	- ตรวจสอบรายงานการซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	มีการซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด
กำหนดวิธีปฏิบัติการพร้อมข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กรณีไม่มีเหตุการณ์ฉุกเฉิน ให้มีการจัดทำ IAP จากการซ้อมแผน)	ซ้อมแผนตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด	- ตรวจสอบ Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ในกรณีที่ไม่มีเหตุการณ์ฉุกเฉิน ให้มีการจัดทำ IAP จากการซ้อมแผน)	มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๑๗๗๖ e-mail : kepidem@gmail.com	
นายชำนาญ ม่วงแดง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักระบาดวิทยา	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๑๗๘๘ e-mail : banmd@hotmail.com	

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๒. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ**
โครงการที่	**๑. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๑๔. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง**
คำนิยาม	**ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง** สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วย **ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง** ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ **Incident Action Plan (IAP) หมายถึง** แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ **จังหวัด** ได้แก่ จังหวัดในประเทศไทย จำนวน ๗๗ จังหวัด

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖□	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐

ปี ๒๕๖๐ ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้ (ร้อยละ ๘๐)

ขั้นตอนที่ ๑ - ๕ สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย

ไตรมาสที่ ๑ (รอบ ๓ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๑ ได้

ไตรมาสที่ ๒ (รอบ ๖ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๒ และ ๓ ได้

ไตรมาสที่ ๓ (รอบ ๙ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๔ ได้

ไตรมาสที่ ๔ (รอบ ๑๒ เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้

(ร้อยละ ๘๐)

ปี ๒๕๖๑ ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้ (ร้อยละ ๘๕)

ปี ๒๕๖๒ ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้ (ร้อยละ ๙๐)

ปี ๒๕๖๓ ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้ (ร้อยละ ๙๕)

ปี ๒๕๖๔ ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้ (ร้อยละ ๑๐๐)

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัดทุกจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด

แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนจังหวัดที่มี EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑,๒, ๓ และ๔

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒ และ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่	**รายละเอียดการดำเนินงาน**	**เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล**
๑	จัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด	- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด
๒	จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด	- สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด
๓	สมาชิกทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน	- รายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรมการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน
๔	การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด และมีการเริ่มปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด	- มีรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - มีรายงานประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด
๕	จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	- มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการพร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เอกสารสนับสนุน :	๑. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๔ ๒. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๗	**๒๕๕๘**	**๒๕๕๙**
	ร้อยละ ๘๐ ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. น.พ.ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๑๗๗๖ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร :๐๒-๕๙๐๑๗๘๔ E-mail :kepidem@gmail.com ๒.น.พ.เจษฎา ธนกิจเจริญกุล นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร :๐๒-๕๙๐๑๗๘๔ E-mail :jessajezzy@hotmail.com ๓.น.ส.ประภาศรี สามใจ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๘๔ E-mail : Pat๑๗๒๐๑๒@gmail.com ๔. น.ส.วัชราภรณ์ ยุบลเขต นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๘๔ E-mail : aun-aun-@hotmail.com ๕. น.ส.วรรณี ศรีสุข นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๘๔ E-mail :ta-liw-o@hotmail.com **โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. น.พ.เจษฎา ธนกิจเจริญกุล นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร :๐๒-๕๙๐๑๗๘๔ E-mail :jessajezzy@hotmail.com ๒.น.ส.ประภาศรี สามใจ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร :๐๒-๕๙๐๑๗๘๔ E-mail : Pat๑๗๒๐๑๒@gmail.com ๓. น.ส.วัชราภรณ์ ยุบลเขต นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร :๐๒-๕๙๐๑๗๘๔ E-mail : aun-aun-@hotmail.com ๔. น.ส.วรรณี ศรีสุข นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๑๗๙๓ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร :๐๒-๕๙๐๑๗๘๔ E-mail : ta-liw-o@hotmail.com

หัวข้อ ๑.๒ ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่

๑.๒.๒ การป้องกัน ควบคุมวัณโรค

ตัวชี้วัด อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ ๘๕)

สถานการณ์

องค์การอนามัยโรคได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาวะวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) มีภาระโรควัณโรคสูง ๒) มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ ๓) วัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น ๑ ใน ๑๔ ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง ๓ กลุ่ม ดังกล่าวมา ดังนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๙ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End Strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า ๑๐ ต่อแสนประชากรโลกในปี พ.ศ. ๒๕๗๘

การจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้น ประเทศไทยต้องมีอัตราลดอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ ๑๒ ต่อปี ตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคจำเป็นต้อง (๑) เร่งรัดการ้นหา วินิจฉัย และรายงานให้ครอบคลุมร้อยละ ๙๐ (๒) สนับสนุนการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ ๙๐ และ (๓) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐

ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ ๑๒๐,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๑๗๑ ต่อประชากรแสนคน (WHO, Global TB Report ๒๐๑๕) แต่จากระบบรายงานผลการดำเนินงานวัณโรคในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ๖๒,๑๕๔ ราย คิดเป็นอัตราการตรวจพบ (Detection rate) เพียงร้อยละ ๕๕.๓ ในขณะที่อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคยังต่ำเพียงร้อยละ ๘๑ (ที่มาข้อมูล http://www.tbthailand.org/data)

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน ซึ่งคาดประมาณจากข้อมูลการเฝ้าระวังการดื้อยาครั้งที่ ๔ ของประเทศไทยเมื่อปี ๒๕๕๕ จำนวนคาดประมาณ ๒,๒๐๐ ราย (มาจากผู้ป่วยใหม่ ๑,๑๐๐ ราย และ มาจากผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษามาก่อน ๑,๑๐๐ ราย) แต่จากรายงานพบว่าได้รับการวินิจฉัยและรักษาเพียง ๒๐๐ ราย สะท้อนให้เห็นถึงการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง รวมทั้งผู้ป่วยที่สงสัยไม่ได้รับการส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาทางห้องปฏิบัติการชันสูตร (ที่มา : เอกสารประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ : ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๙)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. การเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

๒. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ

๒.๑ ความครอบคลุมของการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ หรือ โปรแกรม TBCM Online

๒.๒ โรงพยาบาลเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ในปี ๒๕๖๐

๒.๓ เรือนจำเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในปี ๒๕๖๐

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น **๑.การเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย**			
๑. อำเภอเป้าหมายทุกแห่งได้รับการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง (๒๓๑ อำเภอ) ๒. ร้อยละของการค้นพบผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ (คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ตรวจพบ ๘๙,๙๑๗ ราย ในปี ๒๕๖๐ (ประเทศ)	๑. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย รวมถึงวิเคราะห์ช่องว่าง (GAP) ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ๒. กำหนดกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มเสี่ยงและแผนการคัดกรองเชิงรุก โดยคัดเลือกจากอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงสุดของอย่างน้อย ๓ อำเภอของแต่ละจังหวัด ๓. ดำเนินการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐ ของพื้นที่อำเภอเป้าหมาย ๔. วิเคราะห์และประเมินผลการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อำเภอเป้าหมาย	การตรวจติดตามมาตรการดำเนินงานตามจากเอกสารและการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลของผู้รับผิดชอบในกระบวนการเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ● วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ● วิเคราะห์ช่องว่าง (GAP) ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ● กำหนดกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มเสี่ยงและแผนการคัดกรองเชิงรุก ● ดำเนินการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมาย ● วิเคราะห์และประเมินผลการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อำเภอเป้าหมาย	๑. อำเภอเป้าหมายทุกแห่งได้รับการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง (๒๓๑ อำเภอ) ๒. ร้อยละของการค้นพบผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ (คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ตรวจพบ ๘๙,๙๑๗ ราย ในปี ๒๕๖๐ (ประเทศ)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น **๒.ความครอบคลุมของการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ หรือ โปรแกรม TBCM Online**			
โรงพยาบาลทุกแห่ง (ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) มีการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ หรือ โปรแกรม TBCM Online	๑. ประเมินระบบการบันทึกและรายงานผู้ป่วยวัณโรคในระดับพื้นที่ ปัญหาอุปสรรค ๒. การพัฒนาบุคลากรที่ใช้งานโปรแกรม TBCM ๒๐๑๐หรือ โปรแกรม TBCM Online ๓. ติดตามประเมินโรงพยาบาล (ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) มีการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐	การตรวจติดตามมาตรการดำเนินงานตามจากเอกสารและการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลของผู้รับผิดชอบในกระบวนการเร่งรัดการการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ หรือ โปรแกรม TBCM Online ● ประเมินระบบการบันทึกและรายงานผู้ป่วยวัณโรคในระดับพื้นที่ ปัญหาอุปสรรค ● การพัฒนาบุคลากรที่ใช้งานโปรแกรม TBCM	● โรงพยาบาลทุกแห่ง (ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) มีการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ หรือ โปรแกรม TBCM Online ● โรงพยาบาลมีการนำข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคจาก โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐หรือ โปรแกรม

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	หรือ โปรแกรม TBCM Online ๔. วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคจาก โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐หรือ โปรแกรม TBCM Online เพื่อนำไปวางแผนการดำเนินงานและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค	๒๐๑๐หรือ โปรแกรม TBCM Online ● ความครอบคลุมของการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐หรือ โปรแกรม TBCM Online ● รายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐หรือ โปรแกรม TBCM Online ● ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้วิเคราะห์จาก โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐หรือ โปรแกรม TBCM Online เพื่อนำไปวางแผนการดำเนินงานและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค	TBCM Online เพื่อนำไปวางแผนการดำเนินงานและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น **๓.โรงพยาบาลเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ในปี ๒๕๖๐**			
๑. โรงพยาบาลเป้าหมายทุกแห่งในปี ๒๕๖๐ ได้รับการประเมินมาตรฐาน QTB (๒๓๑ โรงพยาบาล) ๒. ร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน QTB	๑. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) รวมถึงช่องว่างและปัญหาอุปสรรคของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ๒. กำหนดโรงพยาบาลเป้าหมายในปี ๒๕๖๐ และแผนการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ๓. ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ในโรงพยาบาลเป้าหมายในปี ๒๕๖๐ ๔. วิเคราะห์และประเมินผลสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคจากผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ในโรงพยาบาลเป้าหมายในปี ๒๕๖๐	การตรวจติดตามมาตรการดำเนินงานตามจากเอกสารและการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลของผู้รับผิดชอบในกระบวนการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB)ในโรงพยาบาลเป้าหมายในปี ๒๕๖๐ ● วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) รวมถึงช่องว่างและปัญหาอุปสรรคของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ● ข้อมูลโรงพยาบาลเป้าหมายในปี ๒๕๖๐และแผนการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ● เอกสารรายงานการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB)	๑. โรงพยาบาลเป้าหมายทุกแห่งในปี ๒๕๖๐ ได้รับการประเมินมาตรฐาน QTB (๒๓๑ โรงพยาบาล) ๒. ร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน QTB

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ในโรงพยาบาลเป้าหมายในปี ๒๕๖๐ ● วิเคราะห์และประเมินผลสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค จากผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาล คุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ในโรงพยาบาลเป้าหมายในปี ๒๕๖๐	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น **๔.เรือนจำเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในปี ๒๕๖๐**			
๑. เรือนจำเป้าหมายทุกแห่งได้รับการประเมินมาตรฐานการ QTBP ในปี ๒๕๖๐ (๗๗ เรือนจำ) ๒. ร้อยละ ๕๐ ของเรือนจำเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน QTBP ในปี ๒๕๖๐	๑. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผลการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) รวมถึงช่องว่างและปัญหาอุปสรรคของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ๒. เลือกเรือนจำเป้าหมาย อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่งพร้อมจัดทำแผนการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในปี ๒๕๖๐ ๓. ประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในเรือนจำเป้าหมายในปี ๒๕๖๐ ๔. วิเคราะห์และประเมินผลสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคจากผลการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในเรือนจำเป้าหมายในปี ๒๕๖๐	การตรวจติดตามมาตรการดำเนินงานตามจากเอกสารและการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลของผู้รับผิดชอบในกระบวนการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP)เป้าหมายในปี ๒๕๖๐ ● วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผลการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) รวมถึงช่องว่างและปัญหาอุปสรรคของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ● รายงานกลุ่มเป้าหมายและแผนการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในปี ๒๕๖๐ ● ประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในเรือนจำเป้าหมายในปี ๒๕๖๐ ● รายงานวิเคราะห์และประเมินผลสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคจากผลการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในปี ๒๕๖๐	๑. เรือนจำเป้าหมายทุกแห่งได้รับการประเมินมาตรฐานการ QTBP ในปี ๒๕๖๐ (๗๗ เรือนจำ) ๒. ร้อยละ ๕๐ ของเรือนจำเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน QTBP ในปี ๒๕๖๐

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
พญ.ผลิน กมลวัทน์	ผู้อำนวยการ สำนักวัณโรค	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๙๓๕ Email: phalin๑@hotmail.com โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔ ๖๐๕๖๗๑๐	ผู้กำกับตัวชี้วัดระดับกรม
นายอรรถกร จันทร์มาทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กร สำนักวัณโรค	โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๑๒ ๒๒๗๙ ต่อ ๑๒๑๑ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๙๓๕ Email: auttagorn@gmail.com	ประสานงานตัวชี้วัด
นางสาววิลาวรรณ สมทรง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค	โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๑๒ ๒๒๗๙ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๙๓๕ Email: wilwan@yahoo.com	รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๒. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ**
โครงการที่	**๒. โครงการควบคุมโรคติดต่อ**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๑๕. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ**
คำนิยาม	**๑. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง** ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ **๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง** ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา **๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง** ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **๒. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง** ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติโดยแบ่ง เป็น ๔ กลุ่ม ดังนี้ **๒.๑ ใหม่เสมหะพบเชื้อ (New M+) หมายถึง** ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นพบเชื้ออย่างน้อย ๑ ครั้ง **๒.๒ ใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ (New M-) หมายถึง** ๒.๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย ๒ ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด ๒.๒.๒ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย ๒ ครั้ง แต่ผล Culture พบเชื้อวัณโรค หรือวิธีอื่นๆ ที่สามารถระบุเชื้อ M. tuberculosis ได้ **๒.๓ ไม่มีผลเสมหะ/ ไม่ได้ตรวจ (New Smear not done) หมายถึง** ผู้ป่วยผู้ใหญ่บางรายที่มี อาการหนักและไม่สามารถเก็บเสมหะตรวจได้หรือไม่มีการตรวจเสมหะหรือในผู้ป่วยเด็กเล็ก ที่ขากเสมหะส่งตรวจไม่ได้ **๒.๔ ใหม่วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง** การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆที่ไม่ใช่เนื้อปอด **๓. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง** ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิกและได้รับการประเมินในการรักษาครั้งล่าสุดว่ารักษาหายหรือรักษาครบแล้ว แต่กลับมาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคอีก

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕

วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบฟอร์ม TB๐๘ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกรายบุคคล (โปรแกรมTBCM) และนำส่งค่าเป้าหมายเข้าระบบ Estimate SM (ESM) ของกรมควบคุมโรค
แหล่งข้อมูล	แบบฟอร์ม TB๐๘ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกวัณโรครายบุคคล (TBCM)

<table>
<tr><td>รายการข้อมูล ๑</td><td>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๕๘-กันยายน ๒๕๕๙ และครบรอบรายงานสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๐ โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๒</td><td>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๕๘–กันยายน ๒๕๕๙ และครบรอบรายงานสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๕๙</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>A/B</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ไตรมาสที่ ๔</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การประเมิน
ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ :
<table>
<tr><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>ร้อยละ ๘๕</td></tr>
</table></td><td></td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน :
เกณฑ์การให้คะแนนโดยใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับสำนักวัณโรคและระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ตารางที่ ๑เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๕๘-กันยายน ๒๕๕๙ และครบรอบรายงานสิ้นเดือนมิถุนายน ๒๕๕๙
<table>
<tr><th>๑ คะแนน</th><th>๒ คะแนน</th><th>๓ คะแนน</th><th>๔ คะแนน</th><th>๕ คะแนน</th></tr>
<tr><td>≤๘๑</td><td>๘๒</td><td>๘๓</td><td>๘๔</td><td>≥๘๕</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td></td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๗</th><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th></tr>
<tr><td>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค</td><td>ร้อยละ</td><td>๘๑.๔</td><td>๘๐.๔</td><td>-</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail :
๒.นายสุขสันต์ จิตติมณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๒๑๒๙๑๘๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๙๐๐๕๖๔๕
โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๙๓๕ E-mail : ssthaitb@yahoo.com
๓. นายจิรวัฒน์ วรสิงห์ นักวิชาการสถิติชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail :
สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)</td><td>สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>๑. นายจิรวัฒน์ วรสิงห์ นักวิชาการสถิติชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : E-mail :
กรมควบคุมโรค</td></tr>
</table>

หัวข้อ ๑.๒ ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่

๑.๒.๓ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ month remission rate) (เป้าหมายร้อยละ ๙๒)

สถานการณ์

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญในระดับชาติ และเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต และทรัพย์สินทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมรอบข้าง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแก้ไขอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จากข้อมูลประมาณการผู้เสพติดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปี ๒๕๕๔-๒๕๕๖ คือ ๑,๐๘๔,๙๐๐ ,๑,๒๐๐,๐๐๐ และ ๑,๙๐๐,๐๐๐ ราย และมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาประมาณปีละ ๒-๓ แสนรายต่อปี ยาเสพติดที่พบมากที่สุดคือยาบ้า ร้อยละ ๗๕ ซึ่งรวมทั้งไอซ์ซึ่งมีการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รองลงมาคือกัญชาที่แพร่ระบาดในภาคใต้ อันดับสามเป็นสารระเหยพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ เฮโรอีนที่พบมากในจังหวัดเชียงราย และ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ รัฐบาลปัจจุบันนำโดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลช่วยเหลือผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ถือเป็นผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการแก้ไขทางด้านสาธารณสุขแทนการลงโทษความผิด และมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ทั้งด้านมาตรฐานและกระบวนการบำบัดรักษา การพัฒนาศักยภาพบุคลากรรวมทั้งสถานพยาบาลหรือสถานฟื้นฟู ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย โดยการใช้ศักยภาพของพื้นที่ชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วมของประชารัฐ เพื่อช่วยให้ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม ทันท่วงที ไม่รอจนเกิดภาวะการเสพติดรุนแรง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น ผู้ติดยาเสพติดเหล่านั้นก็จะสามารถกลับเป็นคนดีของสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถสร้างประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติต่อไป โดยในปีงบประมาณปี ๒๕๖๐ ได้กำหนดเป้าหมายการบำบัดรักษาตามแผนงบประมาณ ๒๒๐,๐๐๐ ราย (ระบบสมัครใจ ๑๒๗,๓๐๐ ราย ระบบบังคับบำบัด ๗๒,๕๐๐ ราย และระบบต้องโทษ ๒๒,๒๐๐ ราย)

ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดปี ๒๕๖๐

● ด้านการป้องกันยาเสพติด ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การป้องกันผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันยาเสพติด ยุทธศาสตร์ที่ ๗ ความร่วมมือระหว่างประเทศ	● ด้านการปราบปรามยาเสพติด ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การควบคุมตัวยาเสพติด ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ความร่วมมือระหว่างประเทศ
● ด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การแก้ไขปัญหาผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ยุทธศาสตร์ที่๓ การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม	● ด้านการบริหารจัดการ ยุทธศาสตร์ที่ ๘ การบริหารจัดการอย่างบูรณาการ

เป้าหมายการพัฒนาระบบบริการด้านสาธารณสุข

- ✓ สร้างระบบและมาตรการส่งเสริมป้องกันระดับปฐมภูมิ ในพื้นที่ รร. ชุมชน สถานประกอบการ
- ✓ ผู้ป่วยยาเสพติดได้เข้าถึงบริการบำบัดรักษาตามสิทธิผู้ป่วย แทนการลงโทษความผิด
- ✓ ผู้ป่วยทุกระบบ (สมัครใจ บังคับบำบัด ระบบต้องโทษ) ได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)
- ✓ สถานพยาบาลยาเสพติดเพียงพอ มีมาตรฐานได้รับการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด)
- ✓ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานบำบัดรักษามีความรู้ความชำนาญตามมาตรฐานวิชาชีพ

มาตรการที่มุ่งเน้น

๑. จัดโครงสร้างและกำหนดผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดทุกระดับ (เขต จังหวัด อำเภอ รพ.ศ. รพ.ท. รพ.ช. รพ.สต.)

๒. จัดระบบบริการด้านยาและสารเสพติดตั้งแต่การป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟู ติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัด และมาตรการเชิงรุก ในสถานบริการการทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุข

๓. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามเกณฑ์ SP

๔. สถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) เพิ่มขึ้น (เป้าหมายประเทศร้อยละ ๗๕)

๕. จัดระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (๑๐ ชุดบริการ) ในสถานพยาบาล (เป้าหมายให้บริการ MMT ได้ครอบคลุมพื้นที่ทุกจังหวัดร้อยละ ๕๐)

๖. พัฒนาศูนย์ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในระยะยาวให้เพียงพอตามสถานการณ์ในพื้นที่

๗. ความร่วมมือกับหน่วยงานบำบัดนอกกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ กำกับดูแลมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ระบบต้องโทษ และค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”ศูนย์ขวัญแผ่นดิน”(เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐)

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	การจัดระบบบริการและมาตรฐานบุคคลากร						
		จัดบริการป้องกันคัดกรองบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัด	จัดบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยนอก (๑-๔ เดือน)	จัดบริการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะยาว (๑-๔ เดือน)	จัดบริการบำบัดรักษาระยะวิกฤติฉุกเฉิน	บริการ Harm reduction (เน้นเมทาโดนระยะยาว)	มีบุคคลากรแพทย์ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ยาเสพติด (๓ วัน)	พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด
รพศ.	๒๘	๒๘	๒๘	-	๒๘	อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง	อย่างน้อยหน่วยงานละ ๑ คน	อย่างน้อยหน่วยงานละ ๑ คน
รพท.	๘๘	๘๘	๘๘	-	๘๘			
รพช.	๗๘๐	๗๘๐	๗๘๐	-	๗๘๐			
รพ.สต.	๙,๙๗๐	๙,๙๗๐	-	-	-			บุคลากรผ่านการอบรมระยะสั้น ๓-๕ วัน
สบยช.และ รพ.ธัญญารักษ์ (กรมการแพทย์)	๗	๗	๗	๗				
รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓				

ผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, สำนักบริหารการสาธารณสุข, ศอ.ปส.สธ.

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๓. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๒. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๒๕. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ month remission rate)**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง** ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๙๒	๙๓	๙๔	๙๕	๙๖

วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการหยุดเสพยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา หลังจำหน่าย ๓ เดือน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จากสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
NA	๙๒	๙๒	๙๒

ปี ๒๕๖๑:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๙๓	๙๓	๙๓	๙๓

ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๙๔	๙๔	๙๔	๙๔

ปี ๒๕๖๓:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๙๕	๙๕	๙๕	๙๕

ปี ๒๕๖๔:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๙๖	๙๖	๙๖	๙๖

วิธีการประเมินผล :	สถานบริการ (โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการบำบัดรักษา) จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดองประเทศ (บสต.) ผ่านเครือข่าย internet ประเมินผลโดย กลุ่มงานพัฒนาระบบงานยาเสพติด สำนักบริหารการสาธารณสุข ผู้ดูแลระบบข้อมูล

<table>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๗</th><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th></tr>
<tr><td></td><td>ร้อยละ</td><td>๘๗.๒๖</td><td>๘๗.๗๕</td><td>๙๒.๐๙</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑. นพ.อังกูร ภัทรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี มือถือ ๐๘๖-๓๓๑๖๑๐๖
๒. พญ.บุญศิริ จันศิริมงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ มือถือ ๐๘๙-๑๔๐๓๘๘๔
๓. นพ. อัครพล คุรุศาสตรา รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข มือถือ ๐๘๑-๕๙๕๔๔๕๐
๔. นางระเบียบ โตแก้ว สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มือถือ ๐๙๒ ๘๙๗๙๒๙๙
๕. นางยุพา กลิ่นสุคนธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข โทร ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๙๙ มือถือ ๐๘๙ ๙๒๗๙๘๒๖
๖. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักบริหารการสาธารณสุข โทร ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๙๙ มือถือ ๐๘๙-๑๐๕๐๓๔๔
๗. นางไพวัล อาจหาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศอ.ปส.สธ. มือถือ ๐๘๑-๘๑๐๗๔๔๕</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>๑. นพ. อัครพล คุรุศาสตรา รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข มือถือ ๐๘๑-๕๙๕๔๔๕๐
๒. นางยุพา คงกลิ่นสุคนธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักบริหารการสาธารณสุข โทร ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๙๙ มือถือ ๐๘๙ ๙๒๗๙๘๒๖
๓. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักบริหารการสาธารณสุข โทร ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๙๙ มือถือ ๐๘๙-๑๐๕๐๓๔๔</td></tr>
</table>

หัวข้อ ๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๑.๓.๑ การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ตัวชี้วัด ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๙๕)

สถานการณ์

สถานการณ์ความไม่ปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้คุณภาพ ยังพบว่าเป็นปัญหาที่พบได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สุขภาพทั่วประเทศ จะเป็นกลไกสำคัญในการประเมินสถานการณ์และกำหนดแนวทางการจัดการให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความปลอดภัย ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและส่งผลกระทบต่อสุขภาวะที่ดีของคนไทยในที่สุด

ผลการดำเนินงานการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาด ๓ ปีย้อนหลังมีดังนี้

ตัวชี้วัด	ปี ๕๗	ปี ๕๘	ปี ๕๙
๑.ผลิตภัณฑ์ได้คุณภาพ	๙๕.๓๙	๙๖.๐๘	๘๘.๙๘
๒.ฉลากผลิตภัณฑ์ถูกต้อง	๙๓.๘๑	๙๔.๙๑	๙๗.๗๒
๓.โฆษณาผลิตภัณฑ์ถกต้อง	๙๘.๑๕	๙๖.๗๘	๙๓.๗๕
๔.สถานประกอบการได้มาตรฐาน	๙๑.๒๒	๙๒.๘๑	๙๕.๓๖

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด เป้าหมาย ร้อยละ ๙๕	ดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพดังนี้ ๑) แผนเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย.(ในตัวชี้วัดส่วนภูมิภาค) เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ๒) แผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต	๑. การจัดทำแนวทางหรือแผนงานหรือโครงการเฝ้าระวังคุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของจังหวัด ซึ่งแผนดังกล่าว ควรมีประเด็นหลักประกอบด้วย เป้าหมาย (พื้นที่ หรือกลุ่มเป้าหมาย) กรอบระยะเวลาในการดำเนินการ ขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน งบประมาณและผู้รับผิดชอบ ๒. ข้อมูลการเก็บตัวอย่างของจังหวัดหรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย.เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นรวมถึงแผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขตเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด ๓. นำผลการ Surveillance มาดำเนินการจัดการความเสี่ยง	ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ และปลอดภัย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		(Risk management) แบบบูรณาการ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น อปท. ส่วนราชการต่างๆ เป็นต้นรวมถึงดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย ๔. สื่อสารความเสี่ยงไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการปัญหา	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองแผนงานและวิชาการ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่รับผิดชอบ
น.ส. จิตธาดา เซ่งเจริญ	ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองแผนงานและวิชาการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐-๗๒๙๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๑-๕๗๘๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑-๘๔๕๗ E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th	ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานในส่วนกลาง
นายอาทิตย์ พันเดช	ตำแหน่ง : เภสัชกรชำนาญการ กองส่งเสริมงานคุ้มครองฯ (คบ.)	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐-๗๓๘๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๗๙๕-๖๙๕๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑-๘๔๘๔ E-mail : artypun@gmail.com	ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานในส่วนภูมิภาค

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๓. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๓. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๒๖. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด**
คำนิยาม	**ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง** ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๖ ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และ เครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา **ที่ได้รับการตรวจสอบ หมายถึง** ๑) ส่วนกลาง เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ๒) ส่วนภูมิภาค เก็บตัวอย่างตาม ๒.๑) แผนเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย. (ในตัวชี้วัดส่วนภูมิภาค)เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ๒.๒) แผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต **ไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉุกเฉิน**

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๕

ปีงบประมาณ ๖☐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๙๕	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙

วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นับที่ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากผลการตรวจสอบเฝ้าระวังฯ ตามแบบรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มการรายงานผลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานทุกไตรมาส
แหล่งข้อมูล	สำนัก/กองผลิตภัณฑ์ สำนักด่านอาหารและยา กอง คบ. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔(รายงานทุกวันที่ ๒๐ ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน)

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
๑. คณะทำงานพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒. ทีมคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพส่วนกลาง และจังหวัด (ทีม SAT) ๓. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน ๓.๑ ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวัง ๖ มิติ ๓.๒ หลักเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง ๓.๓ ระบบฐานข้อมูลและช่องทางการรายงาน ๔. แผนการจัดการความเสี่ยง (Risk management Plan) แบบบูรณาการภายใต้กลไกใหม่	๑.สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๖ เดือน ๒. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา	๑. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๙ เดือน ๒. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา	๑. สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศ ๒. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๓. ถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงในปีต่อไป
๒. การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพตาม PA ปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
๕. แผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ๖. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ร้อยละ ๓๐	๓. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ ๖๕	๓. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ร้อยละ ๑๐๐	

วิธีการประเมินผล : จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เอกสารสนับสนุน : -

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่รวมส่วนภูมิภาค)	ร้อยละ	๙๔.๙๔	๙๕.๒๒	
- ยา		๙๙.๗๑	๙๙.๙๖	
- อาหาร		๙๔.๐๑	๙๔.๔๓	
- เครื่องสำอาง		๙๗.๖๗	๙๖.๕๕	
- เครื่องมือแพทย์		๙๔.๐๔	๙๑.๑๙	
- วัตถุอันตราย		๙๗.๔๐	๙๐.๒๔	
- วัตถุเสพติด		๙๒.๒๖	๙๖.๔๓	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. น.ส.ยุวดีพัฒนวงศ์ ผู้อำนวยการกองควบคุมเครื่องมือแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๗๐๗๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๑๑๖๘๗๓ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑-๘๔๗๙ E-mail : puyuwade@fda.moph.go.th ๒. นายวชิระ อำพนธ์ ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๗๓๓๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๒๘๘๐๑๓ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๔๗๑ E-mail : vachira@fda.moph.go.th ๓. น.ส. สุมาลี พรกิจประสาน ผู้อำนวยการสำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๗๑๕๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๓๖๑๘๓๙๓ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๔๔๖ E-mail : sumayee@fda.moph.go.th ๔. น.ส. สุภัทรา บุญเสริม รก.ผู้อำนวยการสำนักด่านอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๗๓๕๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๕-๙๐๔๓ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๔๗๗ E-mail : pongsai@fda.moph.go.th ๕. น.ส. สุกัญญา เจียระพงษ์ ผู้อำนวยการสำนักยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๗๑๖๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๐๔๑๖๕๖๓ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๓๙๐ E-mail : sukanya@fda.moph.go.th ๖. น.ส. ทิพย์วรรณ ปริญญาศิริ ผู้อำนวยการสำนักอาหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๗๑๗๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๑๑๖๘๙๙ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๔๖๐ E-mail : tipvon@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ส่วนกลาง ๑. น.ส. จิตธาดา เซ่งเจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๗๒๙๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๑๕๗๘๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๔๕๗ E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงานและวิชาการ ส่วนภูมิภาค ๑.นายอาทิตย์ พันเดช เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๗๓๘๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๗๙๕๖๙๕๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๔๘๔ E-mail : artypun@gmail.com กองส่งเสริมงานคุ้มครองฯ (คบ) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หัวข้อ ๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๑.๓.๒ การเฝ้าระวัง และตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป

ตัวชี้วัด ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย (ร้อยละ ๘๐)

สถานการณ์

สถานการณ์คุณภาพและความไม่ปลอดภัยด้านอาหารเป็นประเด็นหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งในวัตถุดิบที่นำมาใช้ในการปรุงประกอบอาหาร รวมทั้งอาหารสำเร็จรูป จากผลการเฝ้าระวังสถานการณ์และผลการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านอาหาร ได้แก่ การปนเปื้อนสารตกค้างจากยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้ การปลอมปนสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด การปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยาในผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การใช้วัตถุเจือปนอาหารที่ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ปัญหาคุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท และการใช้น้ำมันทอดซ้ำ เป็นต้นโดยมีสถานการณ์ในแต่ละประเด็น ดังนี้

การปนเปื้อนสารตกค้างจากยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้จากข้อมูลผลการสำรวจการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยอาหาร ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ โดยตรวจวิเคราะห์เบื้องต้น (Screen Test) โดยใช้ชุดทดสอบอย่างง่าย (GT Test Kit) พบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สดตั้งแต่ปี๒๕๕๖-๒๕๕๙ ร้อยละ ๓.๗๕, ๓.๔๖, ๒.๔๕ และ ๒.๕๓ ตามลำดับ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผลการสำรวจสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สดนำเข้า โดยสุ่มเก็บตัวอย่าง ณด่านอาหารและยา และส่งตรวจวิเคราะห์โดยห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบการตกค้างของของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สดนำเข้าตั้งแต่ ปี ๒๕๕๖- ๒๕๕๙ ร้อยละ ๔.๙๕, ๗.๒๑, ๑.๐๘ และ ๔.๓๙ ตามลำดับแม้ผลการตรวจสอบพบการตกค้างในอัตราที่ไม่สูงมากนัก แต่ก็เพียงพอที่จะบ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่ยังมีอยู่ ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจสอบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

การปลอมปนสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สดจากข้อมูลผลการสำรวจโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยอาหาร ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบ การตกค้างของการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด ร้อยละ ๑.๒๖, ๔.๔๙ และ ๗.๐๖ ตามลำดับ โดยจะเห็นว่ามีแนวโน้มการปลอมสนสารเร่งเนื้อแดงเพิ่มขึ้น

น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท โดยจากผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและสำรวจสถานการณ์คุณภาพของน้ำบริโภคที่บรรจุที่ปิดสนิททั่วประเทศ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๕๙ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการเป็นภาพรวมทั้งประเทศต่อเนื่อง ๒ ปี พบว่าสถานที่ผลิตไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ GMP ร้อยละ ๑๗.๖๖และสถานการณ์คุณภาพของน้ำบริโภคในภาชนะน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๓๑.๔๒ โดยเกิดจากการไม่ได้มาตรฐานเรื่อง ความเป็นกรด-ด่าง และการไม่ได้มาตรฐานด้านจุลินทรีย์โดยเฉพาะการพบเชื้อโคลิฟอร์ม และ *E. coli*ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสุขลักษณะในการผลิตนั้น อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยการผลิต เช่น การปรับสภาพน้ำดิบเบื้องต้นด้วยสารละลายคลอรีน หรือการบำรุงรักษาและทำความสะอาดเครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต หรือการปนเปื้อนข้ามหลังการฆ่าเชื้อ เป็นต้น

ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์สำนักอาหารได้มีการเฝ้าระวังการใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่า มีผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๔๐.๕๔, ๓๒.๙๒ และ ๓๑.๖๔ ตามลำดับ จากผลการเฝ้าระวังดังกล่าวแม้ว่า

ปัญหาการใช้วัตถุเจือปนอาหารไม่เป็นไปตามกฎหมายมีแนวโน้มลดลง แต่ร้อยละการไม่ได้มาตรฐานยังอยู่ในปริมาณที่สูง ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจสอบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากผลการเฝ้าระวังคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ณ สถานที่ผลิตและสถานที่จำหน่ายเป็นประจำทุกปี โดยในปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบการปลอมปนของสารที่มีฤทธิ์ทางยาในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสรรพคุณในการลดความอ้วนและเสริมสมรรถภาพทางเพศในผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๖๙, ๑๕.๗๙, และ ๓๓.๓๐ ตามลำดับ ซึ่งผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในกลุ่มนี้มักจะเกิดปัญหาของการโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณด้วย

ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนนมโรงเรียนตามที่รัฐบาลมีนโยบายให้อาหารเสริมนมโรงเรียนเพื่อแก้ปัญหาการขาดสารอาหารและทุพโภชนาการในเด็กนักเรียนตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๕ และคณะอนุกรรมการกำกับดูแลคุณภาพนมโรงเรียนได้กำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการผลิตผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ๑ ครั้ง/เทอม (ปีละ ๒ ครั้ง) และให้รวบรวมผลการดำเนินงานเสนอคณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์นมทราบ หากพบว่าไม่ผ่านมาตรฐานจะได้พิจารณาดำเนินการกับสถานที่ผลิตดังกล่าวต่อไป

โดยสถานการณ์ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่า สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนมีมาตรฐานการผลิตตามเกณฑ์ GMP โดยเฉลี่ย ร้อยละ๑๐๐, ๙๕ และ ๙๘.๖๕ ตามลำดับ สำหรับผลการเฝ้าระวังคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน โดยตรวจวิเคราะห์โดยห้องปฏิบัติการ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่า ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนมีคุณภาพ โดยเฉลี่ย ร้อยละ ๙๓.๙๒, ๙๒.๖๗ และ ๙๒.๓๑ ตามลำดับ โดยพบปัญหาการไม่ได้มาตรฐานในเรื่องของจุลินทรีย์ทั้งหมดและจุลินทรีย์ก่อโรค ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยของการบริโภคนมโรงเรียนของเด็กนักเรียนในระดับประถมศึกษาและเกิดสถานการณ์ตามที่เป็นข่าวอย่างต่อเนื่อง

ผลิตภัณฑ์จากแป้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีแผนเฝ้าระวังคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์จากแป้ง ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยวเส้นสด (เส้นใหญ่ เส้นเล็ก) เส้นหมี่ บะหมี่ และแผ่นเกี๊ยว ณ สถานที่ผลิต เป็นประจำทุกปี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่า ผลิตภัณฑ์จากแป้งมีคุณภาพหรือมาตรฐานไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดร้อยละ ๒๓.๙๖, ๓๒.๓๒, และ ๒๘.๗๕ โดยพบข้อบกพร่องด้านการใช้วัตถุเจือปนอาหาร ทั้งวัตถุกันเสียและสีไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

น้ำมันทอดอาหารสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารมีแผนการสำรวจสถานการณ์ความปลอดภัยของการใช้น้ำมันทอดอาหารด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ณ สถานที่จำหน่าย เช่น ตลาดสด ตลาดนัด และซุปเปอร์มาเก็ต เป็นประจำทุกปี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่า สถานที่จำหน่ายมีการใช้น้ำมันทอดอาหารที่มีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๑๔, ๘๔.๖๐ และ ๘๙.๔๗ ตามลำดับ

ดังนั้น เพื่อเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภค จึงได้มีการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหา โดยแบ่งกลุ่มอาหารเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มอาหารสด ได้แก่ ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์สด กลุ่มอาหารแปรรูป ได้แก่ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารนมโรงเรียนผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/เกี๊ยวขนมจีน) และน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมส่วนภูมิภาค ได้แก่ เขตบริการสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. ผักและผลไม้สด
๒. เนื้อสัตว์สด
๓. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมาย
๔. ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์
๕. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
๖. ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน
๗. ผลิตภัณฑ์จากแป้ง
๘. น้ำมันทอดอาหาร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑ : ผักและผลไม้สด			
ผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ ๗๐	**๑.๑ กิจกรรมสำรวจข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด**		ผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
	๑) สำรวจข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่มีอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบตามขอบข่าย (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก ๒) ประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งในจังหวัด ๓) จัดทำข้อมูลสถานที่ผลิตและผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดทุกแห่งในจังหวัด ตามแบบฟอร์มที่กำหนด ๔) รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานในแบบฟอร์มกิจกรรมฯและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข ตามระยะเวลาการรายงาน (๖ ครั้ง)	ข้อมูลสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่มีอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตามขอบข่าย (ร่าง) ประกาศฯ และผลการประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ **ตามแบบฟอร์มกิจกรรมการสำรวจและประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ฯ ที่กำหนด**	
	๑.๒ กิจกรรมเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยอาหาร		
	๑) สสจ. และหน่วยเคลื่อนที่ฯ ดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย (ตลาดสด ตลาดนัด ซุปเปอร์มาเก็ต) ตรวจวิเคราะห์เบื้องต้น (Screen Test) ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit ทดสอบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมต (การตรวจสอบครั้งที่๑)	๑) ผลการตรวจวิเคราะห์ผักและผลไม้สด ที่ตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit (การตรวจสอบครั้งที่ ๑) ๒) ผลวิเคราะห์ตัวอย่างผักและผลไม้สดที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในกรณีที่มีการเก็บตัวอย่างซ้ำ (การตรวจสอบครั้งที่๒) ๓) ผลการดำเนินคดีในกรณีที่ผลตรวจ	

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	๒) หน่วยเคลื่อนที่ฯ รายงานผลการสำรวจสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ณ สถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit ๓) กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น GT-Test Kit พบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานให้ สสจ. ลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา ๔) สสจ. ลงพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างซ้ำ ณ สถานที่จำหน่ายแห่งเดิม และสุ่มเก็บตัวอย่างชนิดของผักและผลไม้สดดังกล่าวตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้าง ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ (การตรวจสอบครั้งที่ ๒) ๕) กรณีผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่เป็นไปตามกฎหมาย ให้สสจ.ดำเนินคดี ๖) สสจ. บันทึกข้อมูลรายงานผลการสำรวจสถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ณ สถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นและผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข ตามระยะเวลาการรายงาน (๖ ครั้ง)	วิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (การตรวจสอบครั้งที่๒) ไม่เป็นไปตามกฎหมาย	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒ :เนื้อสัตว์สด			
เนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง ร้อยละ ๗๐	๒.๑ สสจ.และหน่วยเคลื่อนที่ฯ ดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างเนื้อสัตว์สด ณ สถานที่จำหน่าย ตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ๒๐๐ ตัวอย่าง/เขตบริการสุขภาพ (การตรวจสอบครั้งที่ ๑) ๒.๒ หน่วยเคลื่อนที่ฯ รายงานผลการสำรวจสถานการณ์การปลอมปนสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์สด ณ สถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ๒.๓ กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นพบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานให้ สสจ. ลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา ๒.๔ สสจ. ลงพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างซ้ำ ณ สถานที่จำหน่ายแห่งเดิม และสุ่มเก็บตัวอย่างเนื้อสัตว์สดดังกล่าวตรวจ	๒.๑ ผลการตรวจวิเคราะห์เนื้อสัตว์สดที่ตรวจด้วยชุดทดสอบ (การตรวจสอบครั้งที่ ๑) ๒.๒ ผลวิเคราะห์ตัวอย่างเนื้อสัตว์สดที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในกรณีที่มีการเก็บตัวอย่างซ้ำ (การตรวจสอบครั้งที่ ๒) ๒.๓ ผลการดำเนินคดีในกรณีที่ผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (การตรวจสอบครั้งที่ ๒) ไม่เป็นไปตามกฎหมาย	เนื้อสัตว์สดมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	วิเคราะห์สารเร่งเนื้องแดง ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์การแพทย์ (การตรวจสอบครั้งที่ ๒) ๒.๕ กรณีผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่เป็นไปตามกฎหมาย ให้สสจ.ดำเนินคดี ๒.๖ สสจ.บันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข ตามระยะเวลาการรายงาน (๖ ครั้ง)		
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓ :น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท			
ร้อยละของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐	๓.๑ สสจ.ตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลสถานที่ผลิตที่มีผลการตรวจประเมินสถานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP หรือผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ด้านจุลินทรีย์ไม่เป็นไปตามกฎหมาย ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘-๒๕๕๙ ๓.๒ สสจ.เข้าร่วมการอบรมเรื่องการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและการควบคุมการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๕๙) ๓.๓ สสจ.ปรับปรุงสถานที่และการควบคุมกระบวนการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายทุกแห่ง (ภายในเดือนมีนาคม ๒๕๖๐) ๓.๔ สสจ.ตรวจประเมินสถานที่ตามหลักเกณฑ์ GMP และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต (ภายในเดือน มิถุนายน ๒๕๖๐) และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจ*วิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานด้านจุลินทรีย์* ได้แก่ Coliforms, *E. coli*, *Salmonella* spp. และ *S. aureus* ๓.๕ รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข ตามระยะเวลาการรายงาน (๖ ครั้ง)	๓.๑ ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายตามหลักเกณฑ์ GMP ภายหลังการปรับปรุงสถานที่ผลิต ๓.๒ ผลวิเคราะห์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุกลุ่มเป้าหมาย ภายหลังการปรับปรุงการควบคุมกระบวนการผลิต ๓.๓ ผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี)	น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๔ :ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์			
ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการ	๔.๑ สสจ.แจ้งจำนวนสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ กลับมายังสำนักงาน	๔.๑ จำนวนสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ภายในจังหวัด	ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๗๐	คณะกรรมการอาหารและยา ๔.๒สสจ.ตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ทุกแห่งในจังหวัด ตามเกณฑ์ GMP ๔.๓ เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิต ทุกผลิตภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์ละ ๑ ตัวอย่าง และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณของวัตถุเจือปนอาหาร ๔.๔ รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข ตามระยะเวลาการรายงาน (๖ ครั้ง)	๔.๒ ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ๔.๓ ผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ๔.๔ ผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี)	วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๕ :ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร			
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา ร้อยละ ๗๕	๕.๑ สสจ. สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิตหรือสถานที่จำหน่าย (พิจารณาตามความเหมาะสมของพื้นที่) จังหวัดละ ๕ ตัวอย่าง ภายในเดือนมีนาคม ๒๕๖๐ โดยพิจารณาจากผลิตภัณฑ์ที่สงสัยว่ามีการอวดอ้างสรรพคุณ และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณสารที่มีฤทธิ์ทางยาในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสรรพคุณดังกล่าว ๕.๒ รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข ตามระยะเวลาการรายงาน (๖ ครั้ง)	๕.๑ จำนวนตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการเก็บตัวอย่าง ๕.๒ ผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ๕.๓ ผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี)	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๖ :ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน			
ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐	๖.๑ สสจ. (เฉพาะจังหวัดที่มีสถานที่ผลิต) ดำเนินการ ๑) ตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียนทุกแห่งในจังหวัดตามเกณฑ์ GMP ๒) เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาตรฐานปีละ ๒ ครั้ง (๑ ครั้ง/ภาคการศึกษา)ดังนี้	๖.๑ ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตนมโรงเรียน ๖.๒ ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ๖.๓ ผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี)	ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียนณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	• ภาคการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ ช่วงเดือน พ.ย. ๕๙ • ภาคการศึกษาที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ ช่วงเดือน มิ.ย. ๖๐ ๖.๒ รายงานข้อมูล ผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดการรายงาน มีดังนี้ • ภาคการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ ภายในวันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๕๙ • ภาคการศึกษาที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ ภายในวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ๖.๓ ส่งสำเนาผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและรายงานผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน โดยส่งเป็นหนังสือราชการมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น)		
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๗ :ผลิตภัณฑ์จากแป้ง			
ผลิตภัณฑ์จากแป้งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๗๐	๗.๑ สสจ.แจ้งจำนวนสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากแป้ง กลับมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๙ ๗.๒ สสจ.ตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากแป้งทุกแห่งในจังหวัด โดยผลิตภัณฑ์เส้นก๋วยเตี๋ยวตรวจประเมินตามหลักเกณฑ์ GMP ทั่วไป และผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/แผ่นเกี๊ยว และขนมจีน ตรวจประเมินตามหลักเกณฑ์ Primary GMP ๗.๓ เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ณ สถานที่ผลิต ทุกผลิตภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์ละ ๑ ตัวอย่าง และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณวัตถุเจือปนอาหาร ๗.๔ รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข ตามระยะเวลาการรายงาน (๖ ครั้ง)	๗.๑ จำนวนสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากแป้ง ๗.๒ ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์จากแป้ง ๗.๓ ผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์จากแป้ง ๗.๔ ผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี)	ผลิตภัณฑ์จากแป้งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๘ :น้ำมันทอดอาหาร			
น้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๘๐	**๘.๑ การติดตามเฝ้าระวังปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิต โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด**		น้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
	๑) คัดเลือกสถานที่ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมายทุกแห่งในพื้นที่ โดยพิจารณาจากกลุ่มผลิตภัณฑ์ที่เป็นผลิตภัณฑ์เด่นของจังหวัดที่มีการใช้น้ำมันในกระบวนการทอด และส่งจำนวนสถานที่ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมายมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๙ ๒) ตรวจประเมินสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ GMP/ Primary GMP แล้วแต่กรณี ๓) บันทึกข้อมูลการใช้น้ำมันที่ใช้ทอดอาหารตามแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัด (สถานที่ผลิต) และเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ได้แก่ วัตถุดิบน้ำมัน และน้ำมันขณะทอด ณ สถานที่ผลิต เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ๔) รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี) ในแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข ตามระยะเวลาการรายงาน (๖ ครั้ง)	๑) ข้อมูลสถานที่ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมาย ๒) บันทึกข้อมูลการใช้น้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ๓) ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมาย ๔) ผลวิเคราะห์น้ำมันที่ใช้ทอดอาหารกลุ่มเป้าหมาย ๕) ผลการดำเนินการเมื่อพบว่าไม่เป็นไปตามกฎหมาย (ถ้ามี)	
	๘.๒ การติดตามเฝ้าระวังปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่จำหน่าย ดำเนินการโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยอาหาร และรายงานผลการดำเนินงานในระบบ Dashboard โดย สสจ.		
	๑) หน่วยเคลื่อนที่ฯ ตรวจเฝ้าระวังน้ำมันทอดอาหาร ได้แก่ วัตถุดิบน้ำมัน และ น้ำมันขณะทอด ณ แหล่งจำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น (การตรวจสอบครั้งที่๑) ๒) หน่วยเคลื่อนที่ฯ บันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานที่เก็บน้ำมัน ตรวจสอบน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหาร การกำจัดน้ำมันตามแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัด (สถานที่จำหน่าย) และรายงานผลการดำเนินงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ๓) หน่วยเคลื่อนที่ฯ รายงานผลการเฝ้าระวัง	๑) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานที่เก็บน้ำมัน ตรวจสอบน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหาร การกำจัดน้ำมันตามแบบฟอร์มที่กำหนด ๒) ผลการตรวจวิเคราะห์น้ำมันทอดอาหารด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น(การตรวจสอบครั้งที่ ๑) ๓) ผลการลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นพบว่า ไม่ผ่านมาตรฐาน	

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ให้สสจ. ๔) กรณีที่ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นพบว่า ไม่ผ่านมาตรฐานให้ สสจ. ลงพื้นที่เพื่อติดตามตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา ๕) สสจ. ลงพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างซ้ำ ณ สถานที่จำหน่ายแห่งเดิม และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารดังกล่าว ตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ (การตรวจสอบครั้งที่ ๒) ๖) สสจ.รายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานผลตามตัวชี้วัดและบันทึกข้อมูลในระบบ Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข ตามระยะเวลาการรายงาน (๖ ครั้ง)	๔) ผลการตรวจวิเคราะห์น้ำมันทอดอาหารที่เก็บตัวอย่างซ้ำจากหน่วยงานวิเคราะห์(การตรวจสอบครั้งที่ ๒) ๕) ผลการดำเนินคดีในกรณีที่ผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (การตรวจสอบครั้งที่๒) ไม่เป็นไปกฎหมาย	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ / e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นางทัศน์อร ฉัตรไชยศิริ	ตำแหน่งนักวิชาการอาหารและยาชำนาญการ สำนักอาหาร	Tel. ๐๒-๕๙๐-๗๔๐๘ Mobile ๐๘๗-๓๓๘-๙๓๐๓ e-mail: kpikbs.food@gmail.com	ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑-๘
นางสาวชนานันท์ ประไพรเพชร	ตำแหน่งนักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ สำนักอาหาร	Tel. ๐๒-๕๙๐-๗๔๐๘ Mobile ๐๘๖-๖๙๑-๔๑๙๕ e-mail: kpikbs.food@gmail.com	
นางสาววรวลัญช์ พูลสวัสดิ์	ตำแหน่งนักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ สำนักอาหาร	Tel. ๐๒-๕๙๐-๗๔๐๘ Mobile ๐๘๑-๙๒๕-๕๓๕๐ e-mail: kpikbs.food@gmail.com	

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๓. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๑. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๒๑. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย**
คำนิยาม	**๑. อาหารสด หมายถึง** อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) **๒. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง** ผัก ผลไม้ ต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) ต้องไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง **๓. อาหารแปรรูป หมายถึง** อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว หรืออาหารที่ผสมกับส่วนผสมอื่น ๆ หรือหมายถึง อาหารสดที่แปรรูป ทำให้แห้ง หรือหมักดอง หรือในรูปอื่นๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/เกี๊ยว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน (รายละเอียดตามเอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย ๒๘.๑-๒๘.๘) **๔. อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง** ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/เกี๊ยว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน ต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (รายละเอียดตามเอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย ๒๘.๑-๒๘.๘)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐

หมายเหตุ : เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๘๐ ในแต่ละปี จะมีการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายของผลิตภัณฑ์อาหารในการวัด

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีการจำหน่ายในประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการตามรายละเอียดเอกสาร KPI template ประเด็นย่อย ๒๘.๑-๒๘.๘ โดยรายงานผลการดำเนินงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารตามช่องทางที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด
แหล่งข้อมูล	<u>ส่วนกลาง</u> : สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา <u>ส่วนภูมิภาค</u> : เขตบริการสุขภาพ โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่ผลวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่เก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔ (โดยติดตามผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔)

เกณฑ์การประเมิน : **ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ :**				
หน่วยงาน	**รอบ ๓ เดือน**	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
อย.	• มีคณะทำงานแก้ไขปัญหาความไม่ปลอดภัยอาหาร • มีทีม SAT แบบบูรณาการด้านอาหาร • มีแผนการดำเนินการในภาพรวมของประเทศ • ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของแผน • ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ	• โครงสร้างของระบบข้อมูลการเฝ้าระวัง • มีแนวทางการแจ้งเตือนภัยและจับสัญญาณความเสี่ยง • ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ ของแผน • ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ	• มีการทดลองนำเข้าข้อมูลการเฝ้าระวัง • ทดลองระบบการจัดการความเสี่ยงด้านอาหาร • ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ของแผน • ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ	• คู่มือการปฏิบัติงานของระบบการจัดการความเสี่ยงด้านอาหาร • แผนการจัดการความเสี่ยงแบบบูรณาการ • ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ • สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ • ประสานและจัดส่งข้อมูลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เขตบริการสุขภาพ	• มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับเขตบริการสุขภาพ • ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของแผน • ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรม การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต	• ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ ของแผน • ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรม การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต	• ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ ๑๐๐ ของแผน • ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรม การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต	• ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรม การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต • ประสานและจัดส่งข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง •

สสจ.	• มีแผนบูรณาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยตลอดห่วงโซ่ระดับจังหวัด • ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของแผน • รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรม การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต	• ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ ของแผน • รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรม การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต	• ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานร้อยละ ๑๐๐ ของแผน • รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรม การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต	• รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ผ่านกลไกคณะอนุกรรม การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับเขต • ประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด

วิธีการประเมินผล : การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (Test kit) และห้องปฏิบัติการแล้วแต่กรณี

เอกสารสนับสนุน : เอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย ๒๘.๑-๒๘.๘

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๑.	อาหารสด		-	-	-
	๑.๑ ผักผลไม้สด*	ร้อยละ	๙๖.๙๑	๙๗.๘๒	๙๗.๕๒
	๑.๒ เนื้อสัตว์สด*	ร้อยละ	๙๘.๔๗	๙๕.๕๑	๙๒.๙๔
๒.	อาหารแปรรูป				
	๒.๑ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ร้อยละ	-	-	-
	๒.๒ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์	ร้อยละ	๕๙.๔๖	๖๗.๐๘	๖๘.๓๖
	๒.๓ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ร้อยละ	๖๗.๓๑	๘๔.๒๑	๖๖.๗๐
	๒.๔ นมโรงเรียน	ร้อยละ	๙๒.๘๖	๙๒.๒๘	๙๑.๐๗
	๒.๕ ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว (ชนิดเส้นสด)/ผลิตภัณฑ์เส้นบะหมี่/เกี๊ยวขนมจีน)	ร้อยละ	๗๖.๐๔	๖๗.๖๘	๗๑.๒๕
	๒.๖ น้ำมัน*	ร้อยละ	๘๙.๑๔	๘๔.๖๐	๗๖.๘๒

หมายเหตุ:*ผลการดำเนินงานโดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
๑. ดร.ไพบูลย์ เอี่ยมขำ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๑๔ โทรศัพท์มือถือ :๐๘๑-๘๕๗๙๕๓๕
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๑๔ E-mail : privaxma@hotmail.com
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)
๒. นายวันชัย ศรีทองคำ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๗๒๑๖ โทรศัพท์มือถือ :
โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๕๔๖๒ E-mail : wanchai@fda.moph.go.th
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)

	<u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u> ๑. นางนิธิวดี บัตรพรรธนะ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๑๖๑๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓-๓๒๙๖๙๙๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๑๔ E-mail : pattanastar@hotmail.com **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)** ๒. นางทัศน์อร ฉัตรไชยศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๗๒๑๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๓๓๘๙๓๐๓ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๗๓๒๒ E-mail : planning.food@gmail.com ๓. นางสาวชนานันท์ ประไพรเพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๗๒๑๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๖๙๑๔๑๙๕ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๗๓๒๒ E-mail : planning.food@gmail.com **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักอาหาร)**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย) เฉพาะผลงานของหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร ๒. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. น.ส.จิตธาดา เซ่งเจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๗๒๙๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๑๕๗๘๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๔๕๗ E-mail : jtdtrs@fda.moph.go.th **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กองแผนงานและวิชาการ)**

หัวข้อ ๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๑.๓.๓ การเฝ้าระวังและตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด(ร้อยละ ๘๐)

กลุ่มที่ ๑ สถานพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย มีการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขตแบบบูรณาการ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ้งเน้นที่ ๑

การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต แบบบูรณาการ

เป้าหมาย

๑. มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต และจัดประชุมเพื่อวางแผนแบบบูรณาการ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

๑. แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต

๒. ประชุมคณะทำงานฯเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาระดับจังหวัด และระดับเขต พร้อมทั้งข้อมูลสถานพยาบาลที่ต้องได้รับการเฝ้าระวัง(มีความเสี่ยงสูงในการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย หรือที่เคยมีปัญหาหรือที่เคยได้รับข้อร้องเรียน)

๓. จัดทำแผนงาน/โครงการ ตลอดจนกำหนดแนวทางการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล และการส่งเสริมสถานพยาบาล แบบบูรณาการ

๔. ดำเนินงานตามแผนงาน

๕. วิเคราะห์หาความเสี่ยง

๖. จัดให้มีการประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามผลการดำเนินงานทุก ๖ เดือน และจัดทำรายงานประชุม

แนวทางการตรวจติดตาม

๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต

๒. มีการระบุปัญหาในพื้นที่/สถานพยาบาลที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังในเขตพื้นที่

๓. มีแผนงาน/โครงการและกำหนดแนวทางการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล และการส่งเสริมสถานพยาบาลแบบบูรณาการ

- แผนงาน/โครงการ
- เป้าหมาย (การตรวจมาตรฐาน,การส่งเสริม)
- การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด

๔. มีรายงานการประชุมคณะทำงานฯทุก ๖ เดือน

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑. การเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานแบบบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต และจัดประชุมเพื่อวางแผนแบบบูรณาการ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ้งเน้นที่ ๒

การดำเนินงานตามตัวชี้วัด : สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

เป้าหมาย

๑. สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริม (เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

๑. ตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล ที่ได้รับการเฝ้าระวัง

๒. กรณีพบว่าสถานพยาบาลตลอดจนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์มีลักษณะที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาลหรือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานพยาบาล ให้ดำเนินการตามกฎหมาย เช่น การออกคำสั่งให้ผู้รับอนุญาต แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมภายในระยะเวลาที่กำหนดได้,การเพิกถอนใบอนุญาต เป็นต้น

๓. ส่งเสริมสถานพยาบาลภายในเขต เช่น จัดประชุมสัมมนา ,เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ กฎหมายที่ควรรู้ ข้อปฏิบัติต่างๆ โดยผ่านสื่อต่างๆ อาทิเช่น แผ่นพับ วิทยุชุมชน หนังสือเวียน เว็บไซด์ การจัดนิทรรศการ ฯลฯ

แนวทางการตรวจติดตาม

๑. มีผลการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลที่ได้รับการเฝ้าระวังตามเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐) ตลอดจนปัญหาที่พบ แนวทางการแก้ปัญหาการให้คำแนะนำ มาตรการการบังคับใช้กฎหมาย

๒. มีการสรุปและรายงานผลการส่งเสริมสถานพยาบาลในระดับเขต ตามเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑. สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริมด้านต่างๆ เช่น ด้านกฎหมาย ด้านคุณภาพบริการ เป็นต้น ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่ปลอดภัย มีมาตรฐาน

กลุ่มที่ ๒ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ ๖๐

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ้งเน้นที่ ๑

กระบวนการส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ได้คุณภาพมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

๑. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙

๒. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเช่น การจัดประชุมสัมมนา การจัดอบรม การจัดนิทรรศการ การตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา การแจกเอกสารเผยแพร่ เป็นต้น

๓. สร้างและพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๒๕๙

แนวทางการตรวจติดตาม

๑. มีแผนงาน/โครงการส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๒. มีเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๓. มีกิจกรรมการ ส่งเสริมมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๔. มีการสรุปและรายงานผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑. สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพได้รับ การส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

๒. ประชาชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ้งเน้นที่ ๒

มาตรการ ติดตาม ควบคุม กำกับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

๑. ตรวจ ติดตาม กำกับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

๒. เฝ้าระวังสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับใบอนุญาตให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

๓. สร้างและพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังการกระทำความผิดตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

แนวทางการตรวจติดตาม

๑. มีคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในระดับจังหวัด

๒. มีแผนการตรวจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๓. มีการติดตามตรวจสานประกอบการเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

๔. มีการสรุปและรายงานผลการดำเนินงานในระดับจังหวัดและระดับเขต

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ้งเน้นที่ ๓

การพัฒนาฐานข้อมูลการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

๑. สำรวจและจัดทำฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในระดับจังหวัดและระดับเขต

๒. มีระบบการรายงานผลการดำเนินงาน

๓. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในพื้นที่

แนวทางการตรวจติดตาม

๑. มีข้อมูลงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

๒. ข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นปัจจุบัน

๓. มีผู้รับผิดชอบในการเก็บรวบรวมและรายงานข้อมูล

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

๑. ฐานข้อมูลการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่มีคุณภาพและทันสมัย

สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
สถานการณ์

ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพอย่างเท่าเทียม ทุกกลุ่มวัยได้รับการพัฒนาอย่างเท่าเทียม ทุกกลุ่มวัยได้รับการพัฒนาตามวัย ระบบบริการมีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมทั่วถึง โดยมีเป้าหมายที่อายุขัยเฉลี่ยและคุณภาพชีวิตประชาชนดีขึ้น นอกจากนั้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความ สามารถในการแข่งขัน ซึ่งมีเป้าหมายในการพัฒนายกระดับผลิตภัณฑ์การท่องเที่ยว ผลักดันประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพและส่งเสริมธุรกิจบริการที่มีศักยภาพ และพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ ประกาศเป็นกฎหมายลงในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๙ มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ สาระกฎหมายมีทั้งหมด ๗ หมวดและบทเฉพาะกาลรวม ๔๙ มาตรา ซึ่งจะทำให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพของไทย มีมาตรฐานและปลอดภัย ได้รับความเชื่อมั่นจากผู้รับบริการทั้งคนไทยและต่างชาติ ไม่ถูกมองว่าแอบแฝงบริการทางเพศ สามารถสร้างงานและรายได้ให้ประเทศเพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่าหมื่นล้านบาทต่อปี ซึ่งขณะนี้ธุรกิจของไทยโด่งดังทั่วโลกมีอัตราขยายตัวร้อยละ ๑๕ ต่อปี ทั้งนี้กฎหมายดังกล่าวจะควบคุมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้แก่ ๑) กิจการสปาซึ่งให้การดูแลเสริมสร้างสุขภาพโดยใช้น้ำบำบัด นวดร่างกายเป็นหลัก และมีบริการอื่นเสริมอย่างน้อย ๓ อย่าง ที่กำหนดในกิจการสปา เช่น การให้ บริการด้วยความร้อน อาทิ ประคบหินร้อน อบซาวน่า (Sauna), การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ อาทิ แอโรบิค ฟิตเนส ฟิตบอล ไทเก๊ก, โยคะ, ฤาษีดัดตน, การทำสมาธิ อาทิ นั่งสมาธิ ชี่กง เรกิ ๒) กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม เช่น นวดหน้า พอกหน้า ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้สามารถที่กำหนดเป็นกฎกระทรวงในภายหลัง เพื่อใช้บังคับกำกับกิจการอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาล เช่น เนิร์สซิ่งโฮมดูแลผู้สูงอายุ และฟิตเนส ด้วย

ทั้งนี้ผู้ดำเนินการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ต้องขอรับใบอนุญาตจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ส่วนผู้ให้บริการต้องขึ้นทะเบียนได้รับใบรับรองคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษาที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพรับรอง ซึ่งขณะนี้มีกว่า ๒๓๘ แห่งทั่วประเทศ ผู้ดำเนินการต้องอยู่ประจำตลอดเวลาทำการ ทุกแห่งต้องมีคู่มือปฏิบัติงานให้บริการ การใช้เครื่องมือให้ได้มาตรฐานสะอาด ปลอดภัย มีระบบสอบถามและบันทึกข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและคัดกรองผู้รับบริการ เพื่อจัดบริการที่เหมาะสมแก่สุขภาพของผู้รับบริการและควบคุมไม่ให้ผู้ให้บริการออกไปให้บริการข้างนอกสถานประกอบการในเวลาทำงาน มีมาตรการรักษาความปลอดภัยป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ สำหรับการโฆษณาสามารถกระทำได้ตามลักษณะการให้บริการ แต่ห้ามโอ้อวดสรรพคุณอุปกรณ์ บริการ ผลิตภัณฑ์ เครื่องมือ และเครื่องใช้ต่างๆเกินจริงว่าสามารถบำบัด รักษาหรือป้องกันโรคได้ ห้ามโฆษณาที่ส่อในทางลามกอนาจาร สำหรับข้อมูลของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุกประเภท คาดว่าจะมีประมาณ ๕๐,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศ จะต้องการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายเพื่อประกอบการพิจารณาออกใบอนุญาต โดยผู้ประกอบการในเขตกทม. สามารถยื่นขออนุญาตได้ที่กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ส่วนในภูมิภาคยื่นขอได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ นอกจากนั้นในการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ) จำนวน ๒,๑๕๕ แห่ง

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑) กระบวนการส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระดับจังหวัดและระดับเขต

๒) มาตรการติดตามควบคุมกำกับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระดับจังหวัดและระดับเขต

๓) การพัฒนาฐานข้อมูลการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระดับจังหวัดและระดับเขต

รายประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ (ระดับ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล)	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๑.กระบวนการส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ได้คุณภาพมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	๑.ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ๒.ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เช่น การจัดประชุม สัมมนา การจัดอบรม การจัดนิทรรศการ การตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา การแจกเอกสารเผยแพร่ เป็นต้น ๓.สร้างและพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๒๕๙	๑.มีแผนงาน/โครงการส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๒.มีเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๓.มีกิจกรรมการส่งเสริมมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๔. มีการสรุปและรายงานผลการดำเนินงาน	๑.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ๒.ประชาชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
๒.มาตรการ ติดตาม ควบคุม กำกับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	๑.ตรวจ ติดตาม กำกับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ๒.เฝ้าระวังสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับใบอนุญาตให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ๓.สร้างและพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังการกระทำความผิดตาม พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	๑.มีคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในระดับจังหวัด ๒.มีแผนการตรวจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๓.มีการติดตามตรวจสานประกอบการเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ๔.มีการสรุปและรายงานผลการดำเนินงานในระดับจังหวัดและระดับเขต	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
๓.การพัฒนาฐานข้อมูลการ	๑.สำรวจและจัดทำฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในระดับ	๑.มีข้อมูลงานสถานประกอบการเพื่อ	ฐานข้อมูลการดำเนินงานสถาน

รายประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ (ระดับ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล)	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	จังหวัดและระดับเขต ๒.มีระบบการรายงานผลการดำเนินงาน ๓.เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในพื้นที่	สุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ๒.ข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นปัจจุบัน ๓.มีผู้รับผิดชอบในการเก็บรวบรวมและรายงานข้อมูล	ประกอบการเพื่อสุขภาพที่มีคุณภาพและทันสมัย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนัก/กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ชื่อผู้รับผิดชอบ

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e – mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นายพรเทพ ล้อมพรม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๙๐ -๑๙๗๖๑๙๓ porntep.taro@gmail.com	-
นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๒-๑๙๓๗๐๐๐๙ ต่อ ๑๘๔๐๕ n.tripetchsriurai@gmail.com	-

คู่มือระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑) พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙

๒) แนวทางการดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

สถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด และได้รับการส่งเสริม
สถานการณ์

สถานการณ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ สามารถสรุปประเด็นที่สำคัญได้ ดังนี้

๑. ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ มาตรา ๔๕ กำหนดว่า “ให้ผู้อนุญาตจัดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจลักษณะของสถานพยาบาล และการประกอบกิจการของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้โดยสม่ำเสมอ ในการนี้ถ้าพบว่าสถานพยาบาลตลอดจนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ของสถานพยาบาลนั้นมีลักษณะที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาลหรือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานพยาบาล ผู้อนุญาตมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้รับอนุญาต แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมภายในระยะเวลาที่กำหนดได้”

๒. ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ในข้อ ๔ และข้อ ๕ ได้แต่งตั้งให้ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาค เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ (ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๕๙)

๓. ปัญหาของสถานพยาบาลเอกชน ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการไปสักระยะหนึ่ง อาจกระทำการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด ได้แก่ (๑) ไม่จัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพตรงสาขาบริการหรือยินยอมให้ผู้ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (๒) การใช้เครื่องมือและเวชภัณฑ์ตลอดจนวิธีการรักษาไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานของวิชาชีพนั้น (๓) สถานที่ไม่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด เช่น อาจมีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ใช้สอยใหม่โดยไม่ได้แจ้งให้ทราบ

๔. การเติบโตของธุรกิจสถานพยาบาลที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการพัฒนาของเทคโนโลยีทางการสื่อสารที่อำนวยความสะดวกให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆทั้งที่ผ่านการคัดกรอง และที่เป็นข้อมูลที่บิดเบือนหรือโฆษณาเกินจริงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มบริการเสริมความงามและชะลอวัย รวมทั้งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ส่งผลให้ความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น และมีความเสี่ยงจากการรับบริการสุขภาพที่อาจไม่ได้มาตรฐาน

๕. ข้อมูลจำนวนสถานพยาบาลเอกชนจำแนกตามเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙) มีดังต่อไปนี้

(๑) เขตสุขภาพที่ ๑ คลินิก จำนวน ๒,๐๓๙ แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๒๖ แห่ง
(๒) เขตสุขภาพที่ ๒ คลินิก จำนวน ๑,๒๖๕ แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๑๕ แห่ง
(๓) เขตสุขภาพที่ ๓ คลินิก จำนวน ๘๐๓ แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๑๒ แห่ง
(๔) เขตสุขภาพที่ ๔ คลินิก จำนวน ๒,๑๙๔ แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๓๖ แห่ง
(๕) เขตสุขภาพที่ ๕ คลินิก จำนวน ๑,๗๘๓ แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๓๔ แห่ง
(๖) เขตสุขภาพที่ ๖ คลินิก จำนวน ๒,๓๗๙ แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๔๕ แห่ง
(๗) เขตสุขภาพที่ ๗ คลินิก จำนวน ๑,๓๗๕ แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๗ แห่ง
(๘) เขตสุขภาพที่ ๘ คลินิก จำนวน ๑,๓๒๘ แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๑๐ แห่ง
(๙) เขตสุขภาพที่ ๙ คลินิก จำนวน ๑,๔๘๗ แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๑๕ แห่ง

(๑๐) เขตสุขภาพที่ ๑๐ คลินิก จำนวน ๑,๑๐๘ แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๘ แห่ง

(๑๑) เขตสุขภาพที่ ๑๑ คลินิก จำนวน ๑,๙๐๑แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๒๓ แห่ง

(๑๒) เขตสุขภาพที่ ๑๒ คลินิก จำนวน ๑,๓๐๘ แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๑๑ แห่ง

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ้งเน้น

๑. การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต แบบบูรณาการ

๒. การดำเนินงานตามตัวชี้วัด : สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑ การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต แบบบูรณาการ			
๑.มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต และจัดประชุมเพื่อวางแผนแบบบูรณาการ	๑.แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต ๒.ประชุมคณะทำงานฯเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาระดับจังหวัด และระดับเขต พร้อมทั้งข้อมูลสถานพยาบาลที่ต้องได้รับการเฝ้าระวัง(มีความเสี่ยงสูงในการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย หรือที่เคยมีปัญหา หรือที่เคยได้รับข้อร้องเรียน) ๓.จัดทำแผนงาน/โครงการ ตลอดจนกำหนดแนวทางการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล และการส่งเสริมสถานพยาบาล แบบบูรณาการ ๔.ดำเนินงานตามแผนงาน ๕.วิเคราะห์หาความเสี่ยง ๖.จัดให้มีการประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามผลการดำเนินงานทุก ๖ เดือน และจัดทำรายงานประชุม	๑.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต ๒.มีการระบุปัญหาในพื้นที่/สถานพยาบาลที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังในเขตพื้นที่ ๓.มีแผนงาน/โครงการและกำหนดแนวทางการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลและการส่งเสริมสถานพยาบาลแบบบูรณาการ -แผนงาน/โครงการ -เป้าหมาย(การตรวจมาตรฐาน,การส่งเสริม)	การเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานแบบบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพในระดับเขต และจัดประชุมเพื่อวางแผนแบบบูรณาการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		-การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด ๔.มีรายงานการประชุมคณะทำงานฯ ทุก ๖ เดือน	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒ การดำเนินงานตามตัวชี้วัด : สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด			
๒.สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริม (เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐)	๑.ตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล ที่ได้รับการเฝ้าระวัง ๒.กรณีพบว่าสถานพยาบาลตลอดจนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์มีลักษณะที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาลหรือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานพยาบาล ให้ดำเนินการตามกฎหมาย เช่น การออกคำสั่งให้ผู้รับอนุญาต แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมภายในระยะเวลาที่กำหนดได้,การเพิกถอนใบอนุญาต เป็นต้น ๒.ส่งเสริมสถานพยาบาลภายในเขต เช่น จัดประชุมสัมมนา ,เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ กฎหมายที่ควรรู้ ข้อปฏิบัติต่างๆ โดยผ่านสื่อต่างๆ อาทิเช่น แผ่นพับ วิทยุชุมชน หนังสือเวียน เว็บไซต์ การจัดนิทรรศการฯลฯ	๑.มีผลการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลที่ได้รับการเฝ้าระวังตามเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐) ตลอดจนปัญหาที่พบ แนวทางการแก้ปัญหา การให้คำแนะนำมาตรการการบังคับใช้กฎหมาย ๒.มีการสรุป และรายงานผลการส่งเสริมสถานพยาบาลในระดับเขต ตามเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)	สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริมด้านต่างๆ เช่น ด้านกฎหมาย ด้านคุณภาพบริการ เป็นต้น ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่ปลอดภัย มีมาตรฐาน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ๑-๑๒,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๗๖ แห่ง

ชื่อผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นางวรียา สินธุเสก	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	๐๒-๑๙๓-๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๖	ควบคุม กำกับมาตรฐาน โรงพยาบาลเอกชน ภายใต้ พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
นางสาวประนอม ณัฐาวิไลรัตน์	เจ้าหน้าที่ทะเบียนวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	๐๒-๑๙๓-๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๗	ควบคุม กำกับมาตรฐาน คลินิก ภายใต้ พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑
นางพรพิศ กาลนาน	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	๐๒-๑๙๓-๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๒๗ kanlanan@hotmail.com	ผู้นิเทศงาน เขต ๔

รายละเอียดตัวชี้วัด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี	
หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๓. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๓. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	**๒๗. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด**
คำนิยาม	**สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง** สถานบริการสุขภาพ ๒ กลุ่ม ■ กลุ่มที่ ๑ สถานพยาบาล ตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ ซึ่งมี ๒ ประเภท ได้แก่สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลเอกชน) ทั่วประเทศ ■ กลุ่มที่ ๒ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ **ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง** กระบวนการที่สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริม ดังนี้ ■ กลุ่มที่ ๑ สถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด ■ กลุ่มที่ ๒ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

เกณฑ์เป้าหมาย :

	ปีงบประมาณ ๖๐	**ปีงบประมาณ ๖๑**	**ปีงบประมาณ ๖๒**	**ปีงบประมาณ ๖๓**	**ปีงบประมาณ ๖๔**
กลุ่มที่ ๑ สถานพยาบาลได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
กลุ่มที่ ๒ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ฯ	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐
เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย	ร้อยละ ๘๐	-	-	-	-

วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รายการข้อมูล ๑	A๑ = จำนวนสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
รายการข้อมูล ๒	A๒ = จำนวนสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	B๑ = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
รายการข้อมูล ๔	B๒ = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = ((A๑/A๒)x๑๐๐ + (B๑/B๒)x๑๐๐)/๒
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน

เกณฑ์การประเมิน :
ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ :

	รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
กลุ่มที่ ๑ สถานพยาบาล	สถานพยาบาล ร้อยละ ๒๕	สถานพยาบาล ร้อยละ ๕๐	สถานพยาบาล ร้อยละ ๗๕	สถานพยาบาล ร้อยละ ๑๐๐
กลุ่มที่ ๒ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ๓๐	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ๔๐	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ๕๐	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ๖๐
เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย	**สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ๒๗.๕**	**สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ๔๕**	**สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ๖๒.๕**	**สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ๘๐**

วิธีการประเมินผล :	กลุ่ม ๑ จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดและ/หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด โดย สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กลุ่ม ๒ จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด โดย กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
เอกสารสนับสนุน :	-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๕๗	**๒๕๕๘**	**๒๕๕๙**	
สถานพยาบาล	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ร้อยละ	-	-	-	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มที่ ๑ สถานพยาบาล

๑. ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๑๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑๗๖๖๒๒๓๔
โทรสาร : ๐๒-๑๔๙๕๖๓๑ E-mail : akom_p@hotmail.com

๒. นางพรพิศ กาลนาน สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๑๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑๗๓๑๙๗๗๑
โทรสาร : ๐๒-๑๔๙๕๖๓๑ E-mail : kanlanan@hotmail.com

	กลุ่มที่ ๒ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๑. นายพรเทพ ล้อมพรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๒๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๐-๑๙๗-๖๑๙๓ โทรสาร : - E-mail : porntep.taro@gmail.com ๒. นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๕ โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : n.tripetchsriurai@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นายนพดล ครุธน้อย กองแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓ โทรสาร : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ E-mail : dol.kru@gmail.com กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	**กลุ่มที่ ๑ สถานพยาบาล** ๑. นางวรียา สินธุเสก สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑๗๓๑๙๗๖๓ โทรสาร : ๐๒-๑๔๙๕๖๓๑ E-mail : vareeya๑๐@gmail.com ๒. นางสาวประนอมณัฐา วิไลรัตน์ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑๗๓๑๙๗๖๔ โทรสาร : ๐๒-๑๔๙๕๖๓๑ E-mail : mew๕๕๕๕@hotmail.com **กลุ่มที่ ๒ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ** ๑. นายพรเทพ ล้อมพรม โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๒๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๐-๑๙๗-๖๑๙๓ โทรสาร : - E-mail : porntep.taro@gmail.com ๒. นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๕ โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : n.tripetchsriurai@gmail.com **กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ** ๑. นายนพดล ครุธน้อย กองแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓ โทรสาร : ๐๒-๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ E-mail : dol.kru@gmail.com

หัวข้อ ๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
๑.๓.๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัด ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

สถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการพัฒนาโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชน โดยให้มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ทั้งการจัดการด้านสุขาภิบาลตามหลักวิชาการและการจัดสภาพ แวดล้อมของโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล รวมถึงการที่โรงพยาบาลสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนผู้มารับบริการ เพื่อนำไปสู่การรณรงค์ขยายผลสู่ชุมชนและสังคมต่อไป

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ					
		การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินกิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินกิจกรรม GREEN และ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ
รพศ.	๒๘	๒๘	๑๐๐	๑๗	๖๐.๗	๑๗	๖๐.๗
รพท.	๘๘	๘๖	๙๗.๗	๔๙	๕๕.๗	๔๘	๕๔.๖
รพช.	๗๘๐	๗๒๐	๙๒.๓	๒๘๘	๓๖.๙	๒๗๕	๓๕.๓
รวม	**๘๙๖**	**๘๓๔**	**๙๓.๑**	**๓๕๔**	**๓๙.๕**	**๓๔๐**	**๓๗.๙**

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	๑. เขตสุขภาพ จังหวัด และโรงพยาบาล ประกาศนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๒. จังหวัดมีกลไกการขับเคลื่อนและเตรียมทีมตรวจประเมินโรงพยาบาล ในพื้นที่ ๓. โรงพยาบาลมีแผนพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๔. โรงพยาบาล ดำเนินการพัฒนา	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงาน G&C๖๐ ให้ผู้ตรวจราชการทราบทุกๆ วันที่ ๕ ของเดือน	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัด ดำเนินการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN&CLEAN Hospital ๒. ร้อยละ ๗๕ ของโรงพยาบาลพัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๕. จังหวัดดำเนินการประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital และศูนย์อนามัยดำเนินการสุ่มประเมินโรงพยาบาล		

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นางปรียานุช บูรณะภักดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๖๑ e-mail : preeyanuch.b@anamai.mail.go.th	
นางสาวมลฤดี ตรีวัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๕๓ e-mail :monrudee.t@anamai.mail.go.th	

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๔. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม**
โครงการที่	**๑. โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๒๘. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital**
คำนิยาม	**โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง** โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับพื้นฐาน		
ขั้นตอนที่ ๑ การสร้างกระบวนการพัฒนา		
๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		
ขั้นตอนที่ ๒ จัดกิจกรรม GREEN		
G: GARBAGE	๒. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕	
	๓. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	
R: RESTROOM	๔ มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก	
E: ENERGY	๕. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	
E: ENVIRONMENT	๖. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ	
	๗. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	
N: NUTRITION	๘. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน	
	๙. ร้อยละ ๘๐ ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย	
	๑๐. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	

	ระดับดี		
		๑๑.มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ	
		๑๒. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (OPD)	
	ระดับดีมาก		
		๑๓. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	
		๑๔. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	**ปีงบประมาณ ๖๑**	**ปีงบประมาณ ๖๒**	**ปีงบประมาณ ๖๓**	**ปีงบประมาณ ๖๔**
รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ ๗๕ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ ๗๕ ผ่านเกณฑ์ระดับดี	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์ระดับดี	รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการร้อยละ ๗๕ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้ศูนย์อนามัยเพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของเขต ๓. ศูนย์อนามัยรวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้หน่วยงานส่วนกลาง
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๒ และ ๔

เกณฑ์การประเมินปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
๑. ร้อยละ ๘๐ ของจังหวัด มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีมตรวจประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital ที่มีความพร้อมและมีศักยภาพ	๑. ร้อยละ ๖๐ ของจังหวัดดำเนินการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital ๒. ร้อยละ ๓๐ ของโรงพยาบาล พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	๑. ร้อยละ ๘๐ ของจังหวัดดำเนินการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital ๒. ร้อยละ ๖๐ ของโรงพยาบาล พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดดำเนินการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital ๒. ร้อยละ ๗๕ ของโรงพยาบาลพัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospitalระดับพื้นฐาน

๒. ร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลมีแผนพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital			
ปี ๒๕๖๑ :			
รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
จังหวัดและโรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๕๐	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๗๕	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๑๐๐
ปี ๒๕๖๒ :			
รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
จังหวัดและโรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ ๓๐	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ ๖๐	รพ. ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ ๗๕
ปี ๒๕๖๓ :			
รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
จังหวัดและโรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ ๕๐	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดี ร้อยละ ๗๕	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดี ร้อยละ ๑๐๐
ปี ๒๕๖๔ :			
รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
จังหวัดและโรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ ๓๐	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ ๖๐	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก ร้อยละ ๗๕
วิธีการประเมินผล :	๑. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล ๒. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ๓. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส		
เอกสารสนับสนุน :	๑. คู่มือแนวทางการดำเนินกิจกรรม GREEN ๒. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล ๓. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ					
		การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินกิจกรรม GREEN (แห่ง)	ร้อยละ	การดำเนินกิจกรรม GREEN และ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ(แห่ง)	ร้อยละ
รพศ.	๒๘	๒๘	๑๐๐	๑๗	๖๐.๗	๑๗	๖๐.๗
รพท.	๘๘	๘๖	๙๗.๗	๔๙	๕๕.๗	๔๘	๕๔.๖
รพช.	๗๘๐	๗๒๐	๙๒.๓	๒๘๘	๓๖.๙	๒๗๕	๓๕.๓
รวม	**๘๙๖**	**๘๓๔**	**๙๓.๑**	**๓๕๔**	**๓๙.๕**	**๓๔๐**	**๓๗.๙**

หมายเหตุ :๑. ข้อมูลโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN Hospital “โครงการสาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม”

๒. ข้อมูลไม่รวมการดำเนินงานของ โรงพยาบาลกรมสังกัดวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

๑. นางปรียานุช บูรณะภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๒๖๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๔๒๕๕
E-mail:preeyanuch.b@anamai.mail.go.th

๒. นายประโชติ กราบกราน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๑๒๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๔๑๒๘
E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. นางสาวรุจิรา ไชยด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๔๓๑
โทรสาร :๐๒-๕๙๐๔๓๑๖ E-mail : rujira.c@anamai.mail.go.th

๒. นางสาวนวรัตน์ อภิชัยนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๓๑๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๔๓๑๖
E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

๑. นางณีรนุช อาภาจรัส หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๓๑๖
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๔๓๑๖ E-mail :a.neeranuch@gmail.com

๒. นางสาวนวรัตน์ อภิชัยนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๔๓๑๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๔๓๑๖
E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

คณะที่ ๒

การพัฒนาระบบบริการ

๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๒.๒ Service Plan สาขา NCD

๒.๒.๑ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๒.๒.๒ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๒.๒.๓ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒.๓ Service Plan สาขา RDU

๒.๔ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

๒.๕ Service Plan สาขาPalliative Care

๒.๖ Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

๒.๗ Service Plan สาขาสุขภาพจิต

๒.๘ Service Plan ๓ สาขาหลัก plus

๒.๘.๑ สูติกรรม

๒.๘.๒ กุมารเวชกรรม

๒.๘.๓ ออร์โธปิดิกส์

๒.๘.๔ อายุรกรรม +

๒.๘.๕ ศัลยกรรม +

๒.๙ Service Plan โรคหัวใจ

๒.๑๐ Service Plan โรคมะเร็ง

๒.๑๑ Service Plan โรคไต

๒.๑๒ Service Plan สาขาตา

๒.๑๓ Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก

๒.๑๔ Service Plan สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๒.๑๕ Service Plan สาขาอุบัติเหตุ

๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ

กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักตรวจและประเมินผล สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

คณะที่ ๒
การพัฒนาระบบบริการ

.....

หัวข้อ ๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

สถานการณ์ในปัจจุบันของการจัดบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการให้บริการที่มีความแตกต่างกันตามระดับพื้นที่ ซึ่งมีจุดเด่นที่แตกต่างกัน ได้แก่

๑.พื้นที่ในเขตเมืองมีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนหรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสม.) ซึ่งหลายแห่งมีการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรค ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในกลุ่มโรคพื้นฐาน (Primary medical care) พบว่า ยังขาดความครอบคลุมในบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค,ความเชื่อมโยงกับการบริการในชุมชน

๒.พื้นที่ในชนบทมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นฐานการให้บริการ ซึ่งเน้นการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การทำงานเชิงรุกในชุมชน มากกว่าการรักษาพยาบาล แต่ระบบการบริหารจัดการและการสนับสนุนให้เกิดบริการแบบเป็นองค์รวมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ยังขาดความชัดเจนนอกเหนือจากด้านการให้บริการยังพบว่า ในหลายพื้นที่ยังมีปัญหาการดำเนินการของระบบงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น การเชื่อมต่อบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย , ระบบการส่งต่อ , ระบบสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพแบบบูรณาการ

ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิได้กำหนดให้มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ร่วมให้การดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ มีการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวนี้ได้กำหนดให้มีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ ๓ ด้าน คือ ด้านบุคลากร(**Staff**) **, ด้านระบบบริการ(System) และด้านโครงสร้าง เครื่องมือ/เครื่องใช้(Structure)** โดยคลินิกหมอครอบครัวจะต้องมีคุณลักษณะสำคัญ คือ

๑.มีการทำงานให้ตรงตามแนวคิดของคลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster) “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี”

๒.มีระบบการทำงานให้ได้ตามเกณฑ์ของการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวซึ่งได้แบ่งเป็น

-เกณฑ์หลัก(Major criteria) หมายถึง เกณฑ์การจัดตั้งที่เป็นข้อกำหนดหลัก จำเป็นต้องมีครบถ้วนตามที่กำหนด หากไม่มีไม่สามารถจัดเป็นคลินิกหมอครอบครัวได้

-เกณฑ์รอง(Minor criteria) หมายถึง เกณฑ์การจัดตั้งที่สามารถจัดทำแผนรองรับการจัดหาให้มีหากมีไม่ครบ ๑๐๐% ยังสามารถจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวได้

มีรายละเอียดของงเกณฑ์ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ดังนี้

เกณฑ์ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว(PCC Team)

	Major criteria(เกณฑ์หลัก)	Minor criteria(เกณฑ์รอง)
๑. Staff	Doctor ๑ : ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ pop. กำหนดให้เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรระยะสั้นของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น	พยาบาลวิชาชีพ, นวก.หรือ จพ.สาธารณสุข , ทันตาภิบาล,เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ต้องจัดให้มีบุคลากรได้ ๕๐% ของกรอบที่กำหนดและต้องมีแผนการสรรหาที่ชัดเจนให้ได้ครบถ้วนใน ๒ ปี สหวิชาชีพอื่น ต้องมีแผนการสรรหา
๒. System	๒.๑ ระบบบริการ - Service Package รายกลุ่มวัย - Call center or Line group - Continuity care เช่น การเยี่ยมบ้าน , Long term care etc.	- การจัดระบบบริการร่วมกับชุมชน
	๒.๒ ระบบส่งต่อ - Green Channel - ระบบRefer Back	- Ambulance - Lab & Investigation
	๒.๓ ระบบบัญชี - Virtual Account	- แผนการเงิน(Planfin) - แผนเงินบำรุง
	๒.๔ ระบบข้อมูล - โปรแกรมข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย - ระบบรายงานประจำเดือน/ไตรมาส	- การทำงานผ่าน Tablet / Smart phone
	๒.๕ ระบบบริหารจัดการ - มีผู้จัดการประจำ PCC หรือ ทีม - มีผู้ประสานงานPCCระดับ CUP	
๓. Structure	อาคารสำนักงานที่เข้าถึงบริการได้ง่ายและครอบคลุม	มีเครื่องมือ/เครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการให้บริการ เช่น - Unit ทันตกรรม๑-๒ เครื่อง / Cluster - EKG ๑ เครื่อง / Cluster - U/S ๑ เครื่อง / Cluster - Tablet / Smart phone - รถกระบะ ๑คัน / Cluster , รถมอเตอร์ไซค์ ๑ คัน/ Team หรือ รถAmbulance ๑ / Cluster

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

๑.จำนวนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care cluster) ที่เปิดดำเนินการให้บริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของเป้าหมาย กำหนดให้ พื้นที่ รพศ./รพท. มีคลินิกหมอครอบครัว ๓ ทีม หรือ ๑ Cluster และ พื้นที่ รพช.เป้าหมาย มีคลินิกหมอครอบครัว ๑ ทีม

๒.จำนวนแพทย์ที่มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ให้บริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care cluster) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของเป้าหมาย

มาตรการสำคัญ

๑.มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ โดยทีมสหวิชาชีพตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒.จัดให้มีรูปแบบการให้บริการตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ พัฒนาการทำงานให้ตรงตามแนวคิดของคลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster) “ บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” ได้แก่

-การดูแลประชาชนด้วยหลักการ ๑A๔C

-ให้มีโครงการในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

-ทำให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกระตุ้นให้เกิดกลไกและระบบที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ

๓.การพัฒนาโครงสร้างหรือกลไกการขับเคลื่อนในการจัดบริการปฐมภูมิกำหนดให้มีกลไกการขับเคลื่อนในทุกระดับตั้งแต่เขตบริการสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับคลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster)

๔.พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ มุ่งเน้นให้เกิดสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในจังหวัดและการจัดให้มีกำลังคนที่เพียงพอทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เป็นทีมหมอครอบครัวที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพร่วมปฏิบัติงานให้บริการ

๕.พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นการพัฒนาและจัดระบบสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ การพัฒนาวิชาการ การวิจัยและพัฒนา

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑ จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการ	การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวที่รับผิดขอบประชากร ตั้งแต่ ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน พื้นที่ รพศ./รพท. มีคลินิกหมอครอบครัว ๓ ทีม หรือ ๑ Cluster และ พื้นที่ รพช. เป้าหมาย มีคลินิกหมอครอบครัว ๑ ทีม	- มีจำนวนคลินิกหมอครอบครัว	ไตรมาสที่ ๑ มีแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวที่ชัดเจน ไตรมาสที่ ๒ สามารถจัดตั้งได้ ๕๐%ของเป้าหมาย ไตรมาสที่ ๓ สามารถจัดตั้งได้ ๗๕%ของเป้าหมาย ไตรมาสที่ ๔ สามารถจัดตั้งได้ ๙๐%ของเป้าหมาย
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒กลไกการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนระบบการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับเขตบริการสุขภาพและระดับจังหวัด	เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งระบบ ได้แก่ - มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว - การพัฒนาและจัดให้มีอัตรากำลังของสหวิชาชีพในการปฏิบัติงานที่เพียงพอทั้งเชิงประมาณและคุณภาพ	- จัดตั้งผู้รับผิดชอบ (admin)และผู้ประสานงานระดับจังหวัดและแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน PCC และผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและกำลังคนด้านปฐมภูมิระดับจังหวัด - มีแผนระยะยาว(ปี ๒๕๖๐-ปี ๒๕๖๙)ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวและมีแผนพัฒนาสถาบันฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวภายในจังหวัด - จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกหมอครอบครัว - จำนวนสหวิชาชีพที่ประจำคลินิกหมอครอบครัว	แต่งตั้งผู้รับผิดชอบและคณะกรรมการระดับจังหวัด มีแผนจัดตั้งPCCและสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในจังหวัด(ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๙) จัดบริการได้ตามเกณฑ์
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓ มีการจัดระบบบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแล โดยให้เป็นทีมหมอประจำครอบครัวและมีการดูแลแต่แรกต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงระบบสนับสนุนจากแม่ข่าย	- มีการจัดทำทะเบียนประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ - มีการจัดบริการที่จำเป็นตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	- มีทะเบียนของประชาชนที่รับผิดชอบ - มีบริการService package รายกลุ่มวัย (ตามคู่มือดำเนินการ) - มีบริการดูแลต่อเนื่อง	-จัดทำแผนการให้บริการในแต่ละPCC -สามารถจัดบริการได้ตามหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว -มีแผนให้บริการตามกลุ่มวัย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๔มีกลไกการจัดการระดับอำเภอและระดับคลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster)เพื่อให้เกิดระบบสนับสนุนการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ	- มีผู้รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ - มีระบบสนับสนุนสำหรับการบริการของคลินิกหมอครอบครัวในระดับอำเภอ - มีระบบสนับสนุนและเชื่อมโยงการทำงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายได้	- มีผู้จัดการ PCC ระดับทีมคลินิกหมอครอบครัวและระดับcluster - มีผู้จัดการ PCC ระดับอำเภอ - มีระบบสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์การแพทย์รวมถึงวัสดุที่ไม่ใช่ยาที่เหมาะสมกับบริบทที่ให้บริการในระดับอำเภอ - สนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพระดับอำเภอ - มีระบบการส่งต่อ - ระบบข้อมูลเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	-แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ -มีแผนการสนับสนุนPCCในระดับอำเภอ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๕มีการจัดโครงสร้างอาคารสถานที่ และเครื่องมือที่จำเป็น	เน้นปรับปรุงสถานที่เดิมเพื่อให้เข้าถึงบริการได้ง่ายและครอบคลุม		มีแผนและจัดบริการได้ตามเกณฑ์(ให้มีแผนขอรับการสนับสนุน)

หมายเหตุ รายละเอียดของประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒ เรื่องกลไกการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนระบบการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับเขตบริการสุขภาพและระดับจังหวัด ต้องการให้เกิด**คณะกรรมการขับเคลื่อนคลินิกหมอครอบครัวและผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและกำลังคนด้านปฐมภูมิระดับจังหวัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้**

- **องค์ประกอบ**:ประกอบด้วยจำนวนกรรมการตามความเหมาะสมและมีผู้รับผิดชอบPCCหลักระดับจังหวัด(ADMIN)และผู้ประสานงานระดับจังหวัดเป็นกรรมการ
- **บทบาทหน้าที่**: จัดทำแผนจัดตั้งและพัฒนาPCCให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุขทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยให้มีแผนที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้
  ๑. บริหารจัดการทรัพยากรทั้งคน เงิน ของ ในภาพจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนPCC
  ๒. บริหารจัดการให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานกับระบบสุขภาพอำเภอเพื่อขับเคลื่อนPCC
  ๓. พัฒนาสถาบันฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระดับจังหวัดตามแนวทางของกระทรวง
  ๔. ผลิตพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและกำลังคนด้านปฐมภูมิรองรับPCC(สำหรับ**การพัฒนาสถาบันฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในจังหวัด**: กระทรวงจะชี้แจงแผนและชี้เป้าจังหวัดที่เกี่ยวข้องต่อไป)

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๕. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)**
โครงการที่	**๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๓๐. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)**
คำนิยาม	**ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง** การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว ๑ ทีมให้การดูแลประชาชนประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน **ประกอบด้วย** แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ ๔ คน ทันตาภิบาล ๑ คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ๑ คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๔ คน แพทย์แผนไทย ๑ คน รวมทีมให้บริการ ๓ ทีมเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๑ Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ ๑ คนเภสัชกร ๑ คน และนักกายภาพบำบัด ๑ คน **พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง** จำนวนทีม ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว สำหรับปีงบประมาณ ๖๐ เป้าหมาย รพศ./รพท. ๓ ทีม (๑ cluster) รพช. ๑ ทีมต่อจังหวัด

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๑๔.๕๐ %	๓๖ %	๕๗ %	๗๘ %	๑๐๐%

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ ๑๒ เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน
แหล่งข้อมูล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (ปี ๒๕๖๐ เป้าหมาย = ๔๒๔ ทีม ปี ๒๕๖๔ = ๓,๒๕๐ ทีม)

<table>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B) x ๑๐๐</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การประเมิน
ปี ๒๕๖๐ :
<table>
<tr><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr>
<tr><td>-</td><td>๖.๕๒ %
(๒๑๒ ทีม)</td><td>๙.๗๘ %
(๓๑๘ ทีม)</td><td>๑๑.๗๒ %
(๓๘๑ ทีม)</td></tr>
</table>
ปี ๒๕๖๑ :
<table>
<tr><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>๓๖ %</td></tr>
</table>
ปี ๒๕๖๒ :
<table>
<tr><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>๕๗ %</td></tr>
</table>
ปี ๒๕๖๓ :
<table>
<tr><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>๗๘ %</td></tr>
</table>
ปี ๒๕๖๔ :
<table>
<tr><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>๑๐๐ %</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>แบบประเมิน</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๗</th><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ตั้งเป้าไว้ ๔๘ ทีมและทำได้ตามเป้าแล้ว คิดเป็น ๑.๔๘ %</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑. ผศ (พิเศษ) นพ.สุภโชค เวชภัณฑ์เภสัช รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๖๖๙๐๘๐๙
โทรสาร : E-mail : suppachok@me.com
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</td></tr>
</table>

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางจิราภรณ์ สิงหเสนี นักวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๒๓๔๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๙๑๑๖๗๐๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๒๓๔๘ E-mail : plan.bps๒๐๑๕@gmail.com ๒. นายเกษมศานต์ ชัยศิลป์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๑๓๗๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๖๒๐๔๒๔ โทรสาร :๐๒-๕๙๐๑๓๘๐ E-mail : **สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

หัวข้อ ๒.๒ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)

๒.๒.๑ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๒.๒.๒ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๒.๒.๓ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒.๒.๑ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัด ๑) **ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (DM>ร้อยละ ๔๐ , HT>ร้อยละ ๕๐)**

๒) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) (>ร้อยละ ๘๐)

สถานการณ์ สถานการณ์ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่เหมาะสมในผู้ป่วยDM HT

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๕๗) เมื่อเทียบกับการสำรวจครั้งที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๒)มีแนวโน้มที่ความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นพบว่า ความชุก ของเบาหวาน จากร้อยละ ๖.๙ เป็น ร้อยละ ๘.๘ และ ความชุกของความดันโลหิตสูงจากร้อยละ ๒๑.๔ เป็น ร้อยละ ๒๔.๗ เมื่อพิจารณาข้อมูลจาก HDC ที่รายงานผลการคุมระดับน้ำตาลได้ดีในปี ๒๕๕๗ พบว่ามีเพียง ร้อยละ๒๐.๘๙ และเพิ่มเล็กน้อยในปี ๒๕๕๘ เป็นร้อยละ๒๕.๕ ปี ๒๕๕๙ เพิ่มเป็นร้อยละ ๒๙.๓๑ ผลการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปี ๒๕๕๗ พบว่ามีเพียง ร้อยละ๒๐.๑๗ และเพิ่มเล็กน้อยในปี ๒๕๕๘ เป็นร้อยละ๒๕.๓๘ ปี๒๕๕๙ ร้อยละ๒๗.๑๑แม้ว่าภายใน ๓ ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาโครงสร้างในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งผู้รับบริการหลัก คือ ผู้ป่วย เบาหวานและ ความดันโลหิตสูง โดยจัดให้ทุกสถานพยาบาลทุกระดับมี การประเมิน NCD clinic และในปี ๒๕๕๙ ผลการประเมินการมี NCD clinic มีครบ ๑๐๐% ทั่วประเทศ แต่ยังไม่สามารถ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันควบคุมน้ำตาลและความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ทั้งนี้ ในปี๒๕๖๐ ได้มีการปรับรูปแบบการประเมินที่สามารถบอกถึงคุณภาพการดูแลรักษาและการจัดบริการให้กับผู้ป่วยโดยรวมเอาตัวชี้วัดเข้ามาร่วมในการประเมินคลินิกNCDคุณภาพ (NCD clinic plus) สำหรับระบบข้อมูล ควรมีการตรวจสอบ การจัดการระบบทะเบียนข้อมูลเพื่อนำเข้าระบบHDCเพื่อใช้รายงานสถานการณ์ และ การติดตามระดับน้ำตาลโดยการใช้ HbA๑C อย่างน้อยปีละครั้ง รวมถึงเทคนิคในการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ

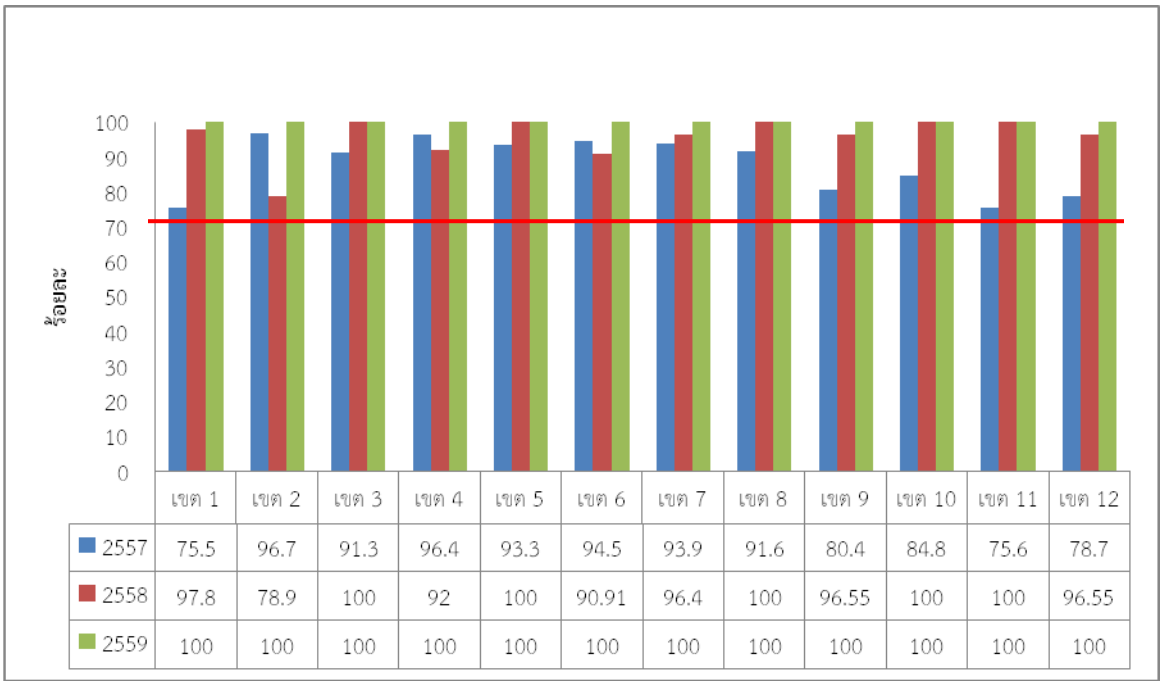
ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ ๑ แผนภูมิแสดงร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่ควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี ปีงบประมาณ ๒๕๕๙



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
DM	30.7	35.7	34.5	31.0	31.6	30.1	22.6	24.8	29.4	29.1	28.8	27.3	29.3
HT	27.6	32.8	31.8	24.2	24.0	23.9	31.5	35.9	19.4	36.8	24.1	20.5	27.1

ตารางที่ ๒ แสดงร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพเปรียบเทียบปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12
2557	75.5	96.7	91.3	96.4	93.3	94.5	93.9	91.6	80.4	84.8	75.6	78.7
2558	97.8	78.9	100	92	100	90.91	96.4	100	96.55	100	100	96.55
2559	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

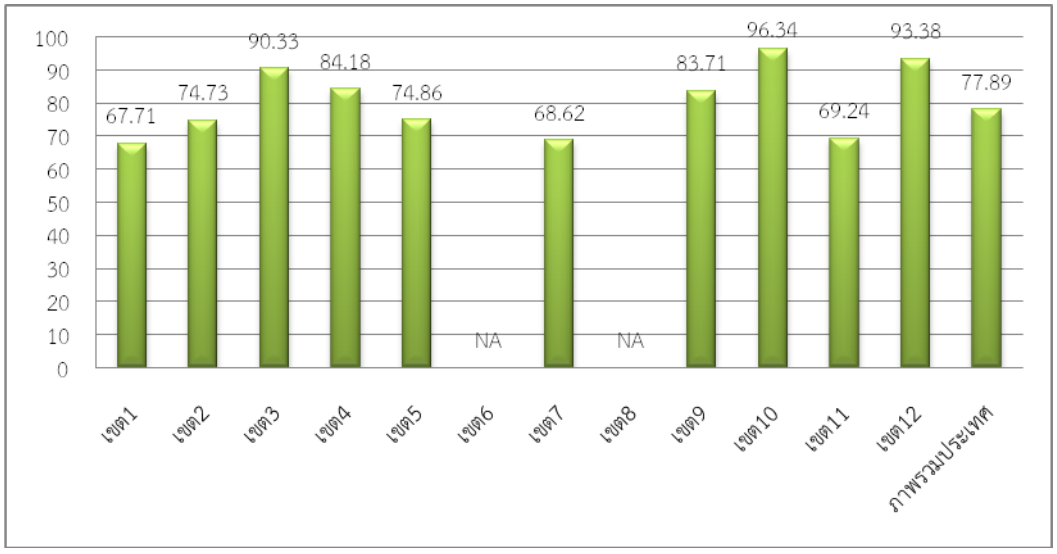
สถานการณ์ สถานการณ์ปัญหาร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ(I๒๐-I๒๕) ในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีพ.ศ.๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(I๒๐-I๒๕) ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีผู้เสียชีวิต ๑๘,๙๒๒ คน เฉลี่ยชั่วโมงละ ๒ คน และจากข้อมูลผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ.๒๕๕๘ มีจำนวน ๓๒๕,๘๗๓ คน หรือเฉลี่ยมีผู้ป่วยประมาณชั่วโมงละ ๓๘ คน ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk)

ผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูล ณ วันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๕๙ ได้รับการคัดกรองรวมทั่วประเทศ **ร้อยละ ๗๗.๘๙** โดยยังขาดข้อมูลผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงฯของเขต ๖ และเขต ๘ (เขต ๑ ร้อยละ ๖๗.๗๑ เขต ๒ ร้อยละ ๗๔.๗๓ เขต ๓ ร้อยละ ๙๐.๓๓เขต ๔ ร้อยละ ๘๔.๑๘เขต ๕ ร้อยละ ๗๔.๘๖ เขต ๗ ร้อยละ ๖๘.๖๒เขต ๙ ร้อยละ ๘๓.๗๑ เขต ๑๐ ร้อยละ ๙๖.๓๔เขต ๑๑ ร้อยละ๖๙.๒๔และ เขต ๑๒ ร้อยละ ๙๓.๓๘ ตามลำดับ)

ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) จำแนกรายเขตสุขภาพผลการรายงานรอบ ๑๒ เดือน



ที่มา : ข้อมูลผลการคัดกรองจากการรายงานโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ ข้อมูล ณ วันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๕๙

<u>ประเด็นการตรวจราชการ</u>:

๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่เหมาะสม
   ๑.๑. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐)
   ๑.๒. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีได้ดี (เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐)
๒. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
การควบคุมระดับน้ำตาล	๑.พัฒนาระบบบริการและการ	๑.๑มีการถ่ายทอดนโยบาย การดำเนินงานการพัฒนาและจัดการระบบบริการ จาก	<u>๓เดือน</u> ๑.รพ. ประเมินตนเองการ

เป้าหมาย	มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
และความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่เหมาะสมในผู้ป่วยDM HT	บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	ส่วนกลางถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ๑.๒ใช้กลไกการขับเคลื่อนโดย NCDboard ร่วมกับ Service plan วิเคราะห์ วางแผนงาน โครงการ การกำกับ ติดตามงาน ปรับแผนฯตามสภาพปัญหาพื้นที่ ๑.๓การสนับสนุนเครื่องมือในการดำเนินงาน (คู่มือการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๐ และชุดมาตรฐานการบริการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) ๑.๔การกำกับติดตามแผนในการจัดการกลุ่มเสี่ยงที่ได้จากการคัดกรอง ๑.๕การกำกับติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน NCD Clinic Plusของสถานบริการสาธารณสุข	ดำเนินการพัฒนาตามแนวทางคลินิกNCD Clinic plus ๒.มีข้อมูล ผู้ป่วยDMHT ที่ควบคุมไม่ได้ตามค่าเป้าหมาย ๓.มีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงรายกลุ่มรายบุคคล ๓.มีแผนกิจกรรมดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง/การจัดการตนเอง <u>๖ เดือน</u> ๑.จังหวัด ติดตามผลการประเมินตนเอง และผลลัพธ์การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการสาธารณสุข ๒.การดำเนินงานตามแผนกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง/การจัดการตนเอง <u>๙ เดือน</u> ๑.จังหวัดวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของคลินิกNCD clinic plus ภาพรวมของจังหวัด ๒.สรุปผลรอบ ๖ เดือน เพื่อหาแนวทางเร่งรัดแก้ไขในเขตบริการที่ยังไม่บรรลุผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด <u>๑๒ เดือน</u> ๑.สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๖๐ ๒.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

เป้าหมาย	มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่เหมาะสมในผู้ป่วยDM HT	๒.การพัฒนาระบบข้อมูล	๒.๑ จังหวัดมีระบบทะเบียนข้อมูลที่ให้บริการอย่างครบถ้วน และจัดเก็บในระบบ โดยมีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างอำเภอ จังหวัด และเขต ๒.๒ มีรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพป้องกันควบคุม DM HT ,CVD ของเขตบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้บริหารใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย	<u>๓ เดือน</u> ๑.มีระบบทะเบียนข้อมูลที่ให้บริการอย่างครบถ้วน และจัดเก็บในระบบ <u>๖ เดือน</u> ๑.มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างอำเภอ จังหวัด และเขต <u>๙ เดือน</u> ๑.มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพป้องกันควบคุม DMHT ,CVD ของเขตบริการ๖-๔kr <u>๑๒ เดือน</u> ๑.มีข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้บริหารใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย
ผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	๓.ค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อ CVD	๓.๑ การประเมิน โอกาสเสี่ยง CVD risk ในผู่ป่วย DMHT	<u>๓ เดือน</u> ๑.ประเมิน โอกาสเสี่ยง CVD risk ในผู้ป่วย DMHT ๒๐% <u>๖ เดือน</u> ๑.ประเมิน โอกาสเสี่ยง CVD riskในผู้ป่วย DMHT ๔๐% <u>๙ เดือน</u> ๑.ประเมิน โอกาสเสี่ยง CVD risk ในผู้ป่วย DMHT ๖๐% <u>๑๒ เดือน</u> ๑. ประเมิน โอกาสเสี่ยง CVD risk ในผู้ป่วย DMHT ๘๐%
ผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยง	๔. การจัดการหลังการประเมินในกลุ่ม CVD risk ≥๓๐%	๔.๑ การจัดการหลังการประเมินในกลุ่ม CVD risk ≥๓๐% ๔.๒ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นเร่งด่วนในกลุ่มCVD risk สูง ๖๐%	<u>๓ เดือน</u> ๑.ข้อมูลลงทะเบียน กลุ่มCVD riskสูง≥๓๐% ๒.มีแผนในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มที่มี CVD Risk สูง

เป้าหมาย	มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	.		๖ เดือน ๑.ข้อมูลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นเร่งด่วนในกลุ่มCVD risk ≥๓๐% ๙ เดือน ๑.สรุปผลรอบ ๖ เดือน ตามแผนการปรับพฤติกรรม เพื่อหาแนวทางเร่งรัดแก้ไขในเขตบริการที่ยังไม่บรรลุผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ๑๒ เดือน ๑.มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นเร่งด่วนในกลุ่มCVD risk สูง ๖๐% ๒.จำนวนกลุ่มCVD risk สูง มีความเสี่ยงลดลง ≥๑๐%

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๗. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๓๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้**
คำนิยาม	**ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง** ค่าระดับ HbA๑c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ **ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง** ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐ - E๑๔ และ Type area = ๑ หรือ ๓ **หมายเหตุ**: ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๕๗ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี ๒๕๕๙ ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี ๒๕๖๐ อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ **ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมายหมายถึง** ค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ **ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบหมายถึง**ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I๑๐ - I๑๕และ Type area = ๑ หรือ ๓

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้

ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
๒๕๖๐ - ๒๕๖๔	มากกว่าหรือเท่ากับ ๔๐%	มากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐%

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑,๓) ๒. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑,๓)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	(A/B) x ๑๐๐

<table>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด
(ความดันโลหิตสูง)</td><td>(C/D) x ๑๐๐</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ทุก ๑ ปี(ปีงบประมาณ)
หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การประเมิน :
ปี ๒๕๖๐ -๒๕๖๑ :
<table>
<tr><th></th><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr>
<tr><td>เบาหวาน</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ๔๐%</td></tr>
<tr><td>ความดันโลหิตสูง</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>๑. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
๒. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>๑. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี ๒๕๕๗
๒. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ ๒๕๕๘
๓. แนวทางการรักษาการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง ๒๕๕๘</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๗</th><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</td><td>ร้อยละ</td><td>๒๐.๔๙</td><td>๒๕.๒๔</td><td>๒๘.๘๒</td></tr>
<tr><td>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี</td><td>ร้อยละ</td><td>๑๙.๕๔</td><td>๒๒.๘๒</td><td>๒๗.๐๐</td></tr>
</table>
หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ ๑๒ ต.ค. ๕๙ จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑.นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๒ E-mail : dr.tum@hotmail.com
๒.แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๕ E-mail : jurekong@gmail.com
๓.แพทย์หญิงสุมนีวัชรสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๖๕ E-mail : wsu_1978@hotmail.com
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>๑.นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๗๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๓๘๓๙๓๘๗
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๓๙๗๒ E-mail : ncdplan@gmail.com
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</td></tr>
</table>

รายละเอียดตัวชี้วัด

ประเภทตัวชี้วัด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
เป้าหมายการดำเนินงาน	**แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)**
ส่งผลต่อตัวชี้วัดภาพรวม	**โครงการแพ็คเกจตรวจคัดกรองสุขภาพ**
ประเภทสาเหตุ	**ลดปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย**
ลักษณะ	**Lead Indicator**
ชื่อตัวชี้วัด	๓๓.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)
คำนิยาม	ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
≥ ๘๐%	≥ ๘๒.๕%	≥ ๘๕%	≥ ๘๗.๕%	≥ ๙๐%

วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ **หมายเหตุ** : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน Type area ๑ และ ๓ หมายถึง ๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง Type area ๑ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่จริง ๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง Type area ๓ หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานผลการคัดกรองโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง

เกณฑ์การประเมิน : ประเมินผลลัพธ์ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≥ ๘๐%

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≥ ๘๒.๕%

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≥ ๘๕%

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≥ ๘๗.๕%

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≥ ๙๐%

วิธีการประเมินผล :	การรายงานผลการคัดกรองโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและเทียบกับค่าเป้าหมาย
เอกสารสนับสนุน :	๑. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ๒. โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง(Thai CV Risk Score) ๓. คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ ๒๕๕๘

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Bas□line data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	-	-	๗๗.๘๙ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๕๙ จากการติดตามผลการดำเนินงานของ สคร๑-๑๒)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕ - ๕๐๕๑-๕๔๔๕ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๒ E-mail : dr.tum@hotmail.com ๒. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๓๔๑-๕๔๐๘ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๕ E-mail : jurekong@gmail.com ๓.นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๔๐๙-๙๗๙๔ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๕ E-mail : nuttiwan๒๕๑๖@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๗๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๓๘๓๙๓๘๗ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๗๒ E-mail :ncdplan@gmail.com

การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ทิศทางและนโยบาย

องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ

องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ

องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง

องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกัน และจัดการโรค)

องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

ชื่อหน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....เขต..... ☐ รพช. ☐ รพท. ☐ รพศ. วันที่ประเมิน.....

ตารางที่ 2 : ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้	
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย				
1.1 NCD board ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ใน และ/หรือ นอกกระทรวงสาธารณสุข ภายในอำเภอ	1. ไม่มีการกำหนด ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการโรคไม่ติดต่อ	0		
	2. มีการกำหนด ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการอย่างมีส่วนร่วม	1		
	3. มีคณะกรรมการ NCD board เข้าร่วมประชุมอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ 70%	2		
	4. มีการดำเนินการนำทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ที่สอดคล้องกับการให้บริการ - เห็นแผนงาน โครงการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับทิศทาง นโยบาย - มีการกระจายข้อมูลให้บุคลากรได้รับทราบ และนำไปใช้ในการดำเนินงาน	3		
	5. มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย โดยการนำผลลัพธ์จากการให้บริการมาปรับให้ทันเหตุการณ์ และสอดคล้องกับสถานการณ์ - มีแผนการพัฒนางานที่มาจากการวิเคราะห์ปัญหา ช่องว่างของการทำงานที่ผ่านมา ให้มีความสอดคล้องกับ ทิศทาง และนโยบาย - มีการรายงานผลการดำเนินงานในการประชุมของหน่วยงาน พร้อมทั้งมีการทบทวน และแก้ปัญหาการทำงานที่ผ่านมา	4		
1.2 วางแผนปฏิบัติการ และตกลงทำงานร่วมกัน อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ	1. ไม่มีแผนปฏิบัติการ	0		
	2. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus รวมทั้งกำหนดเป้าหมาย และตัวชี้วัดความสำเร็จตอบสนองต่อ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย การดำเนินงาน (มีเอกสาร แผนปฏิบัติการที่ระบุกิจกรรม และแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของเป้าหมาย)	1		
	3. มีแผนปฏิบัติการที่ระบุการใช้ทรัพยากร และมีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus โดยเป็นแผนปฏิบัติการที่มีการบูรณาการ สอดคล้องต่อทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และบรรจุอยู่ในแผนของสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่าย	2		
	4. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมที่บูรณาการ และบรรจุอยู่ในแผนของสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งมีการนำผลลัพธ์ของแผนปฏิบัติการมาทบทวน และปรับปรุง	3		
	5. มีแผนพัฒนายกระดับการบริการ หรือปรับแผนให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการ	4		

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้	
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
1.3 สื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ	1.ไม่มีการสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ	0		
	2. มีการประกาศให้ผู้ปฏิบัติงานเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุขรับรู้ (ภายในหน่วยงาน)	1		
	3. มีการประกาศให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายทั้งใน และนอกสถานบริการสาธารณสุขได้รับรู้ทั่วถึงกัน (ภายในและภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)	2		
	4. มีการประชุมให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข รับรู้ทั่วถึงกัน เช่น มีรายงานการประชุม เป็นต้น	3		
	5. มีการประเมินผลแนวทางการสื่อสาร และช่องทางการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม และนำไปใช้ในการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	4		
1.4 ติดตามความก้าวหน้าและทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus	1. ไม่มีการติดตามความก้าวหน้า	0		
	2. มีการติดตามผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่เป็นระบบชัดเจน (ไม่สม่ำเสมอ) * ระบบการติดตามประเมินผล เพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus * มีการกำหนดระยะเวลาการติดตามที่ชัดเจน เช่น ผ่านการประชุมทุก 3 - 6 เดือน เป็นต้น	1		
	3. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ สม่ำเสมอ และชัดเจน * กลไก เช่น การประชุมบอร์ด การประชุมทีมงาน การมอบหมายผู้รับผิดชอบ เป็นต้น	2		
	4. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ สม่ำเสมอ และชัดเจน อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง และมีรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน	3		
	5. มีการนำผลการกำกับติดตามมาพัฒนา ปรับปรุง การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของเครือข่ายบริการสุขภาพ	4		
1.5 บุคลากร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสม เพียงพอ และเอื้อต่อการเข้าถึงการบริการ	1. มีสถานที่ในการให้บริการ แต่ยังไม่เป็นสัดส่วน และไม่มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบ	0		
	2. มีการจัดสถานที่สำหรับการให้บริการที่เป็นสัดส่วนชัดเจน แต่ไม่มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบ	1		
	3. มีการกำหนดวัน และการจัดตารางเวลาสำหรับการให้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และมีทีมสหวิชาชีพในการให้บริการ แต่ยังไม่ได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน	2		
	4. สถานที่ให้บริการ มีพื้นที่เพียงพอ สะดวก และเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน	3		
	5. มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ	4		

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้	
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
1.6 เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการ ที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งาน	1. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการ แต่ไม่เพียงพอ	0		
	2. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการให้บริการ	1		
	3. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ	2		
	4. มีการดูแลรักษาเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการให้พร้อมใช้งานได้อย่างเพียงพอ และมีประสิทธิภาพ	3		
	5. มีแผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง	4		
องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ				
2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร	1. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคล	1		
	2. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่แสดงให้เห็นข้อมูลสำคัญรายบุคคล และรายกลุ่ม	2		
	3. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่แสดงให้เห็นข้อมูลสำคัญรายบุคคล รายกลุ่ม ครบถ้วน	3		
	4. มีการใช้ผลทะเบียนข้อมูลมาวิเคราะห์ และนำผลมาใช้ในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ	4		
	5. มีการทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	5		
2.2 ระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ data center อำเภอ และ data center จังหวัด	1. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศระดับอำเภอ	1		
	2. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับ data center ระดับอำเภอ	2		
	3. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับ data center ระดับอำเภอ และจังหวัด	3		
	4. มีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบ ให้หน่วยบริการแก้ไข	4		
	5. มีการปรับปรุงระบบข้อมูล และสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง	5		

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้	
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
2.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายกลุ่ม และกลุ่มประชากร)	1. สามารถนำข้อมูลบางส่วนมาวิเคราะห์ปัญหาได้	1		
	2. มีการนำข้อมูลจากหลายด้านมาวิเคราะห์ปัญหาตามชุดข้อมูลที่กำหนด	2		
	3. การมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการในการวิเคราะห์ปัญหา จากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้	3		
	4. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้กำหนดเป้าหมาย และวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการป้องกันควบคุมโรค	4		
	5. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย	5		
2.4 การรายงานข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และตรงเวลา ให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย	1. มีการรายงานข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนทุกปี	1		
	2. มีการรายงานข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา ตามรายไตรมาส	2		
	3. จัดทำรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสถานการณ์ และเปรียบเทียบข้อมูลกับสถานบริการในระดับเดียวกัน	3		
	4. มีการนำข้อมูลจากการรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการปัญหา	4		
	5. มีการนำเสนอรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลแก่ผู้บริหารเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย	5		
องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ				
3.1 การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การประเมินระยะของโรค ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน)	1. มีกระบวนการคัดกรอง แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน	1		
	2. มีการคัดกรอง มีการวินิจฉัยโรคร่วมกับการประเมินระยะของโรค และมีการลงทะเบียนแยกกลุ่ม	2		
	3. มีการประเมินความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดบริการตามกลุ่ม แต่ไม่ครบทุกกลุ่ม	3		
	4. มีการประเมินความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดบริการตามกลุ่มครบทุกกลุ่ม	4		
	5. มีการติดตามประเมินผลการจัดการทุกกลุ่มตามระยะของโรคอย่างต่อเนื่อง	5		

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้	
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
3.2 การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา	1. มีการวินิจฉัย และลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่อย่างครบถ้วน	1		
	2. มีการแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยเสี่ยงแก่ผู้รับบริการรายบุคคลด้วยวาจา และการใช้สื่อ หรือเอกสารอื่นๆ เช่น สมุดประจำตัวผู้รับบริการ	2		
	3. มีทะเบียนแสดงการจัดกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตามระยะของโรค	3		
	4. มีการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และจัดเป็นรายกลุ่ม	4		
	5. มีการคืนข้อมูลรายบุคคล และรายกลุ่มให้กับเครือข่าย	5		
3.3 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	1. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน แต่ไม่ครบถ้วน	1		
	2. มีการตรวจคัดกรอง และประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วน ถูกต้อง	2		
	3. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วน และจัดระบบบริการตามความเสี่ยงที่ประเมินได้	3		
	4. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วน ถูกต้อง และดำเนินงานตามระบบบริการที่จัดไว้	4		
	5. มีการติดตามประเมินผลของการดำเนินงานตามระบบบริการที่จัดไว้	5		
3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCDs system Manager/ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	1. มีผู้ประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ	1		
	2. มีผู้ประสานงานที่ได้รับการแต่งตั้ง แต่ยังไม่ผ่านการอบรม nurse case manager หรือ system manager	2		
	3. มีผู้ประสานงาน NCD system manager/ coordinator และทีมสหวิชาชีพที่มีคำสั่งแต่งตั้ง พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	3		
	4. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	4		
	5. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน และภายนอกโรงพยาบาลรวมถึงเครือข่าย	5		

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้	
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่เชื่อมโยงไปชุมชน	1.มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1		
	2. มีแนวทางสำหรับการปฏิบัติการเพื่อการดูแลรักษา และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการแต่ละระดับ	2		
	3. มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค โดยมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน	3		
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ	4		
	5. มีการแจ้งผลการติดตามการประเมินเป็นระยะ และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานของเครือข่าย	5		
3.6 ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย	1. มีระบบการส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) แต่ไม่มีเกณฑ์การดำเนินงานที่ชัดเจน	1		
	2. มีระบบการส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และมีเกณฑ์การดำเนินงานที่ชัดเจน	2		
	3. มีระบบ และมีเกณฑ์การดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้	3		
	4. มีการติดตามผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน	4		
	5. นำผลการติดตามมาทบทวนและปรับปรุง	5		
องค์ประกอบที่ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง				
4.1 การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง รวมถึงการวางแผนดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	1. มีการกำหนด core content ที่บุคลากรจะให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	1		
	2. มีเครื่องมือการประเมินศักยภาพ ความต้องการของผู้ป่วย และกำหนดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	2		
	3. มีแผน และกำหนดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการตามปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ป่วย	3		
	4. ดำเนินการตามแผน และติดตามความรู้ ทักษะ เพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง	4		
	5. นำผลการดำเนินงานมาทบทวน และพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน	5		

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้	
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูรักษาและการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล	1. มีช่องทาง วิธีการ สื่อ เพื่อให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และผลการรักษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม	1		
	2. มีการให้ข้อมูลการรักษา ระยะของโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (โดยใช้ คู่มือ สมุดสุขภาพ)	2		
	3. ผู้ป่วย ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการบันทึกผลการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น SMBG / SMBP และแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญให้แก่ทีมสหวิชาชีพ	3		
	4. มีการนำผลการบันทึก และการจัดการตนเองมาใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	4		
	5. นำผลการรักษา และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้านมาทบทวนเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง	5		
4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม	1. มีการรวมกลุ่ม ชมรม เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง	1		
	2. มีแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง	2		
	3. กลุ่ม ชมรม ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด	3		
	4. กลุ่ม ชมรม มีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรม	4		
	5. กลุ่ม ชมรม มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	5		
4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	1. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ แต่ไม่เพียงพอ	1		
	2. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือทีช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ	2		
	3. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	3		
	4. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	4		
	5. มีการประเมินผลการใช้เครื่องมือนวัตกรรมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5		

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้	
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกัน และจัดการโรค)				
5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ	1. มีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) แต่ไม่ครอบคลุมในการดำเนินงาน	1		
	2. มีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) ครอบคลุมการดำเนินงาน ได้แก่ 1) การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 2) การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 3) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อ 4) การให้ความรู้ และการดูแลตนเองขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน 5) การดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อ	2		
	3. มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ	3		
	4. มีการประเมินผลการใช้แนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline)	4		
	5. มีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) เป็นระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่	5		
5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิกรวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข	1. มีทีมประสานงาน และให้การปรึกษาแต่ไม่มีระบบที่ชัดเจน	1		
	2. มีทีมให้การปรึกษาโดยสหวิชาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาล	2		
	3. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ การให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาล และเครือข่ายทุกระดับ	3		
	4. มีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ และแนวทางที่กำหนด	4		
	5. มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาของทุกวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ	5		

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้	
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค	1. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1		
	2. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM และมีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	2		
	3. มีการนำผลจาก Chronic Case Conference / KM มาปรับปรุงกระบวนงานจัดบริการ อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	3		
	4. มีการทบทวน และมีนวัตกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ และรวบรวมเป็นคลังความรู้	4		
	5. มีการกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงได้สะดวก หลายช่องทาง	5		
องค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน				
6.1 การจัดบริการในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน	1. มีการส่งคืนข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน	1		
	2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน	2		
	3. มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงานโครงการ กิจกรรม เพื่อเสริมทักษะในการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคให้ชุมชน โดยโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3		
	4. มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงานโครงการ กิจกรรม โดยท้องถิ่น ชุมชน เพื่อเสริมทักษะในการลดปัจจัยเสี่ยงให้ชุมชนอย่างน้อยร้อยละ 50	4		
	5. มีการติดตามประเมินผลกิจกรรมตามแผน ร้อยละ 100	5		
6.2 สนับสนุนนโยบาย แผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน	1. มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนการดำเนินงานในการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน	1		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินกิจกรรม โครงการ ตามแผนงานที่วางไว้	2		
	3. มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงาน เช่น ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรค และมีการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)	3		
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงาน กิจกรรม ในการปรับสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค	4		
	5. มีการใช้ผลของการติดตามประเมินผล มาปรับปรุงแผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	5		

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้	
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
6.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	1. โรงพยาบาลมีแผนงานเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ/หรือ จัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อสุขภาพ สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	1		
	2. โรงพยาบาลสนับสนุน และร่วมมือให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน มีแผนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	2		
	3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีกลุ่ม ชมรม เพื่อดำเนินงานตามแผนกิจกรรมสุขภาพ และ/หรือ มีการจัดตั้งกลุ่ม ชมรมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน หมายเหตุ - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีอย่างน้อย 1 ชมรม - ชมรมต้องมีสมาชิกอย่างน้อย 20 คน/ ชมรม	3		
	4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน มีกลุ่ม ชมรม เพื่อดำเนินงานตามแผนกิจกรรมสุขภาพ และ/หรือ มีการจัดตั้งกลุ่มชมรมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน หมายเหตุ - ชุมชน หมู่บ้าน ต้องมีอย่างน้อย 1 ชมรม	4		
	5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน รพ. ร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	5		
6.4 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม.	1. โรงพยาบาล รพ.สต. มีแผนงานสนับสนุนให้ อสม.มีการดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	1		
	2. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	2		
	3. อสม. ดำเนินการตามแผน	3		
	4. โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของอสม.	4		
	5. มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานของอสม.	5		
6.5 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของ กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน	1. มีการจัดกิจกรรม แต่ไม่ได้ตั้งเป็น กลุ่ม ชมรม	1		
	2. มีการจัดกิจกรรม และมี กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน (1 ชมรม ต่อ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)	2		
	3. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเองซึ่งกำหนดโดยเจ้าหน้าที่	3		
	4. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง และดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยชุมชน	4		
	5. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดย กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน	5		

ตารางที่ 3 : คะแนนรวมส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

รายการ	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		0	1	2	3	4		
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย	**5**						**20**	
1.1 NCD board ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ใน และ/หรือ นอก กระทรวงสาธารณสุขภายในอำเภอ	1						4	
1.2 วางแผนปฏิบัติการ และตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ	1						4	
1.3 สื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ	1						4	
1.4 ติดตามความก้าวหน้า และทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus	1						4	
1.5 บุคลากร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพียงพอ และเอื้อต่อการเข้าถึงการบริการ	0.5						2	
1.6 เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งาน	0.5						2	

รายการ	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		1	2	3	4	5		
องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ	**10**						**50**	
2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร	2						10	
2.2 ระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ data center อำเภอ และ data center จังหวัด	3						15	
2.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายกลุ่ม และกลุ่มประชากร)	3						15	
2.4 การรายงานข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และตรงเวลา ให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย	2						10	

รายการ	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		1	2	3	4	5		
องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ	**15**						**75**	
3.1 การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประเมินระยะของโรค ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน)	2						10	
3.2 การวินิจฉัย ลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา	3						15	
3.3 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	3						15	
3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCDs system Manager/ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	2						10	
3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้ง ใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข และเชื่อมโยงไปชุมชน	3						15	
3.6 ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย	2						10	

รายการ	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		1	2	3	4	5		
องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	**7**						**35**	
4.1 การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง รวมถึงการวางแผนดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	2						10	
4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืน และแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้าน และโรงพยาบาล	2						10	
4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้าน ร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม	2						10	
4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	1						5	

รายการ	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		1	2	3	4	5		
องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกัน และจัดการโรค)	**6**						**30**	
5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ	2						10	
5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่าง ผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิกรวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข	2						10	
5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค	2						10	

รายการ	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
		1	2	3	4	5		
องค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	**7**						**35**	
6.1 การจัดบริการในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน	1						5	
6.2 สนับสนุน นโยบาย แผนการดำเนินงาน ที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน	1						5	
6.3 การสนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	2						10	
6.4 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม.	1						5	
6.5 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของ กลุ่มชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน	2						10	
รวมคะแนนองค์ประกอบที่ 1-6	**50**						**245**	

การคิดคะแนน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

คะแนนที่ได้ = (คะแนน x น้ำหนัก) / คะแนนเต็ม

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C น้อยกว่า 7 %)
3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDLและมีค่า LDL < 100 mg/dl
4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam
5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam
6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg
7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2))
8. อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน
9. อัตราประชากรในความดูแลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองด้วยวิธี Impaired Fasting Glucose (IFG)
10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง
11. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
12. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง
13. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท)
14. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต และมี CKD Stage 3 ขึ้นไป
15. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD)

<u>ตัวชี้วัดที่กำหนดให้มีไว้ แต่ไม่นำมาคิดคะแนน (4 ตัวชี้วัด)</u>

16. อัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
17. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 30 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
18. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 30 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
19. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (Fasting Plasma Glucose น้อยกว่า 130 mg/dl)

ชื่อหน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....เขต..... ☐ รพช. ☐ รพท. ☐ รพศ. รอบที่.....วันที่ประเมิน .....

ตารางที่ 4 : ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน		คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
				จำนวน	ร้อยละ	1	2	3	4	5		
ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)												
1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ร้อยละ	90	3			≤70	75	80	85	≥90	15	
2.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C น้อยกว่า7 %)	ร้อยละ	40	4			≤20	25	30	35	≥40	20	
หมายเหตุ: สำหรับสถานบริการที่ทำได้ถึงเกณฑ์ร้อยละ 40 แล้ว ให้ใช้เกณฑ์เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 5												
3.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน และมี LDL < 100 **mg/dl**	ร้อยละ	60	3			≤40	45	50	55	≥60	15	
4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam	ร้อยละ	60	3			≤40	45	50	55	≥60	15	
5.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam	ร้อยละ	60	3			≤40	45	50	55	≥60	15	
6.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	ร้อยละ	60	3			≤40	45	50	55	≥60	15	

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน		คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
				จำนวน	ร้อยละ	1	2	3	4	5		
7.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2))	ร้อยละ	10	3			≥10	8	6	4	≤2	15	
8.อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	10	3			≥10	8	6	4	≤2	15	
9.อัตราประชากรในความดูแลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองด้วยวิธี Impaired Fasting Glucose (IFG)	ร้อยละ	90	4			≤70	75	80	85	≥90	20	
10.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	0.25	4			≤1.0	2.0	3.0	4.0	≥5.0	20	
11.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ร้อยละ	90	3			≤70	75	80	85	≥90	15	
12.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	0.25	4			≤0.5	1.0	1.5	2.0	≥2.5	20	
13.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า 140/90 mmHg)	ร้อยละ	50	4			≤30	35	40	45	≥50	20	
หมายเหตุ: สำหรับสถานบริการที่ทำได้ถึงเกณฑ์ ร้อยละ 50 แล้ว ให้ใช้เกณฑ์เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 5												

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน		คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
				จำนวน	ร้อยละ	1	2	3	4	5		
14. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต และมี CKD Stage 3 ขึ้นไป	ร้อยละ	80	3			≤60	65	70	75	≥80	15	
15.อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD)	ร้อยละ	80	3			≤60	65	70	75	≥80	15	
รวม			**50**								**250**	

การคิดคะแนน ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

คะแนนที่ได้ = (คะแนน x น้ำหนัก) / คะแนนเต็ม

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน		คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
				จำนวน	ร้อยละ	1	2	3	4	5		
<u>ตัวชี้วัดที่กำหนดให้มีไว้แต่ยังไม่ต้องนำมาคิดคะแนน (4 ตัวชี้วัด)</u> 16. อัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลง												
17. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 30 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ											
18. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 30 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ											
19. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (Fasting Plasma Glucose น้อยกว่า 130 mg/dl)	ร้อยละ											

ตารางที่ 5 : สรุปผลคะแนนการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2560

ผลการประเมิน	คะแนนที่ได้	ระดับ
ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)		☐ ดีเด่น ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ พื้นฐาน
ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)		
คะแนนรวม (100)		

๒.๒.๒ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)
ตัวชี้วัด อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (<ร้อยละ ๗)

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

สถานการณ์ของสาขาโรคหลอดเลือดสมองในปี ๒๕๕๙ ในภาพรวมทั้งประเทศ (๑๒ เขตสุขภาพ) โรงพยาบาลระดับ A และ Sมีบริการการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Stroke Fast Track) ร้อยละ ๑๐๐และ ๙๗.๙ ตามลำดับมีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) เพิ่มขึ้น โดยโรงพยาบาลระดับ A และ S มี Stroke Unit ร้อยละ ๗๘.๘ และ ๕๐.๐ ตามลำดับ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการมาตรฐานดังกล่าวเพิ่มขึ้น และอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงเหลือร้อยละ๘.๓

ตัวชี้วัด	เขต๑	เขต๒	เขต๓	เขต๔	เขต๕	เขต๖	เขต๗	เขต๘	เขต๙	เขต๑๐	เขต๑๑	เขต๑๒
ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๙.๑๒	๑๔.๒๔	๑๒.๐๗	๘.๐๖	๘.๕๒	๗.๖๑	๔.๕๕	๗.๒๙	๑๑.๘๓	๒.๙๘	๗.๑๗	๕.๖๕
Stroke Unit												
-รพ.ระดับ A	๖๖.๗	๕๐.๐	๐.๐	๑๐๐	๒๕.๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๖.๗	๑๐๐
- รพ.ระดับ S	๔๐.๐	๕๐.๐	๒๕.๐	๗๕.๐	๑๖.๗	๖๖.๗	๑๐๐	๖๐.๐	๑๐๐	๔๐.๐	๒๕.๐	๘๐.๐
Stroke Fast Track												
-รพ.ระดับ A	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
- รพ.ระดับ S	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Health Outcome)

๑. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ในโรงพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ ๗

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Service Outcome)

๑. Stroke Fast Trackโรงพยาบาลระดับ A, S ร้อยละ ๑๐๐

๒. Stroke Unit โรงพยาบาลระดับAร้อยละ๑๐๐, โรงพยาบาลระดับ S ร้อยละ ๖๐

มาตรการสำคัญ

๑. จัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A ร้อยละ๑๐๐ และในโรงพยาบาลระดับ S ร้อยละ๖๐

๒. กระตุ้นให้สถานบริการทุกระดับมีการพัฒนาตาม Stroke Service Plan กล่าวคือโรงพยาบาลระดับ A, S เน้นการรักษาในระยะเฉียบพลัน ส่วนสถานบริการระดับรองลงมาเน้นเรื่องการรับส่งต่อ และการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนตระหนักรู้ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองและรีบมาโรงพยาบาลโดยด่วนหากสงสัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

๓. โรงพยาบาลระดับ M ทำบันทึกข้อตกลงเข้าเป็นเครือข่ายกับรพ.ระดับสูงกว่าในการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๔. โรงพยาบาลทุกแห่งมีบริการมาตรฐานอย่างน้อย ๑ อย่าง ดังต่อไปนี้

๔.๑ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

๔.๒ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก

๔.๒.๑ สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง

๔.๒.๒ ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

๔.๒.๓ มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Caremaps) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

๔.๓ การให้ยา Aspirin ทางปากภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

การพัฒนาระบบสุขภาพตาม ๖ building box+

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
-จัดตั้งStroke Unitอย่างน้อย ๔ เตียง (รพ.ระดับ A ๑๐๐%,รพ. ระดับS๖๐%)	-ใช้ข้อมูลจากรายงาน ตก.๒	- ทีมสหสาขาวิชาชีพ -พยาบาล ๑คน ต่อ ๔ เตียง	-งบประมาณรายจ่ายประจำปี -เงินบำรุง -สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์สนับสนุนวิชาการ	-รพ.ระดับ A, S สามารถนำผู้ป่วยไปตรวจ CT Scan ได้ในเวลารวดเร็ว	- มีคณะกก. บริหารระดับเขต -บูรณาการการส่งต่อ & Stroke care ในระดับเขต	- การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักรู้ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และรีบมาโรงพยาบาลโดยด่วนหากสงสัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑: กระตุ้นให้เป็นไปตามแผนStroke service plan			
๑.๑ Stroke Fast Track - โรงพยาบาล ระดับ A, S ร้อยละ ๑๐๐	- การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ	-มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ - มีแผนการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเป็นลายลักษณ์อักษร	- ร้อยละ ๑๐๐

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๑.๒ Stroke Unit - โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ ๑๐๐ - โรงพยาบาลระดับ S ร้อยละ ๖๐	- จัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล	- หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก ๑. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง ๒. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ๓. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Caremaps) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ	- โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ ๑๐๐ - โรงพยาบาลระดับ S ร้อยละ ๖๐
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒:บันทึกข้อตกลงเครือข่าย			
- โรงพยาบาลระดับ M เข้าเป็นเครือข่ายให้บริการโรคหลอดเลือดสมองกับโรงพยาบาลระดับสูงกว่าในเขตเดียวกัน	- โรงพยาบาลระดับ M ทำบันทึกข้อตกลงเข้าเป็นเครือข่ายกับรพ.ระดับสูงกว่าในการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	- การจัดทำบันทึกข้อตกลงเข้าเป็นเครือข่ายกับรพ.ระดับสูงกว่าในการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	- ครบทุกโรงพยาบาลภายใน ๕ปี
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓ : โรงพยาบาลทุกโรงต้องสามารถให้บริการมาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง			
- โรงพยาบาลทุกโรงต้องสามารถให้บริการมาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย๑วิธี	- โรงพยาบาลทุกโรงต้องสามารถให้บริการมาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย๑วิธี	- วิธีที่๑ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ - วิธีที่ ๒ การให้การรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - วิธีที่ ๓ การให้ Aspirin ใน ๔๘ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ	- ร้อยละ ๘๐

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	Service excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	๗. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่	๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
คำนิยาม	๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ๒. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงการตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๓. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกกรณี

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
น้อยกว่าร้อยละ ๗	น้อยกว่าร้อยละ ๗	น้อยกว่าร้อยละ ๗	น้อยกว่าร้อยละ ๗	น้อยกว่าร้อยละ ๗

วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากรายงาน ตก.๒ รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒
แหล่งข้อมูล	รายงาน ตก.๒
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก ๖ เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ ๗

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ ๗

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ ๗

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ ๗

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	น้อยกว่าร้อยละ ๗

วิธีการประเมินผล :	รายงาน ตก.๒
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๘.๓	ร้อยละอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๑๗.๑	๙.๙	๘.๓

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๓๐๖-๙๘๙๙ ต่อ ๒๔๐๘โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๓-๔๕๐๒ โทรสาร : ๐๒-๓๕๔-๗๐๗๒ E-mail : suchathanc@yahoo.com ๒. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๓๐๖-๙๘๙๙ ต่อ ๑๑๓๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๑๑๔-๙๔๘๐ โทรสาร : ๐๒-๓๕๔-๗๐๗๒ E-mail :j.bunthong@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๓๐๖-๙๘๙๙ ต่อ ๑๑๓๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๑๑๔-๙๔๘๐ โทรสาร : ๐๒-๓๕๔-๗๐๗๒ E-mail :j.bunthong@gmail.com

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :กรมการแพทย์

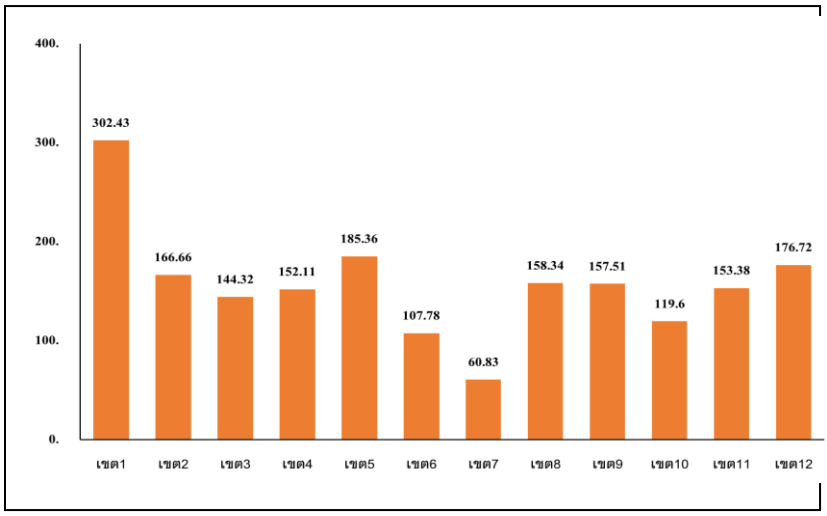
ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
๑.นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันประสาทวิทยา	๐๒-๓๐๖-๙๘๙๙ต่อ ๒๔๐๘ ๐๘๑-๘๔๓-๔๕๐๒ E-mail :suchathanc@yahoo.com	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
๒.นางจุฑาภรณ์ บุญธง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา	๐๒-๓๐๖-๙๘๙๙ ต่อ ๑๑๓๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๑๑๔-๙๔๘๐ โทรสาร : ๐๒-๓๕๔-๗๐๗๒ E-mail :j.bunthong@gmail.com	ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

๒.๒.๒ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ (ภาพรวม/รายเขต)

๑.อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วย COPD (เป้า </๑๓๐แสนประชากรอายุ ๑๕ปีขึ้นไป) พบว่า เขต๖(๑๐๗.๗๘), เขต ๗ (๖๐.๘๓)และ เขต ๑๐ (๑๑๙.๖๐) ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ส่วนเขต ๑(๓๐๒.๔๓), เขต ๒ (๑๖๖.๖๖), เขต๓ (๑๔๔.๓๒), เขต๔(๑๕๒.๑๑),เขต ๕(๑๘๕.๓๖),เขต ๘(๑๕๘.๓๔),เขต๙(๑๕๗.๕๑),เขต ๑๑(๑๕๓.๓๘) และ เขต ๑๒(๑๗๖.๗๒)



๒.รพศ รพชจัดบริการ./รพท./COPD Clinic ทุกแห่ง = เป้า๑๐๐% พบว่า เขต ๓ , ๔, ๖, ๙ และ ๑๐ มีการจัดบริการ COPD Clinic ทุกแห่ง ๑๐๐ % ส่วนเขต ๑, ๒, ๕, ๗, ๘, ๑๑ และ ๑๒ มีการจัดบริการ COPD Clinic แต่ไม่ครบ ๑๐๐ %

ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2 ปี 2559		
เขต	*รพศ./รพท./รพช. จัดบริการ COPD Clinic ทุกแห่ง (เป้า = 100%)*	*หมายเหตุ*
1	94.11 %	เฉพาะ จ.เชียงราย
2	*95.55 %*	
3	100 %	ทุกจังหวัด
4	*100 %*	*ทุกจังหวัด*
5	100 %	เฉพาะสุพรรณบุรี กาญจนบุรี
6	*100 %*	*ทุกจังหวัด*
7	100 %	เฉพาะขอนแก่น กาฬสินธุ์
8	*100 %*	*หนองบัวลำภูและนครพนมไม่มีข้อมูล*
9	100 %	ทุกจังหวัด
10	*100 %*	*ทุกจังหวัด*
11	100 %	เฉพาะจังหวัด ชุมพร นครศรีธรรมราช ภูเก็ตและสุราษฎร์ธานี
12	*100 %*	*เฉพาะสตูล ยะลา ตรังและปัตตานี*

๓.รพศ./รพท./รพช.มีบริการเพื่อการเลิกบุหรี่ (เป้า รพศ./รพท. = ๑๐๐%), (เป้า รพช.= ๖๐%) พบว่า เขต ๒, ๓, ๔ และ๑๐ มีบริการเพื่อการเลิกบุหรี่ทุกแห่ง ๑๐๐ % ส่วนเขต ๑, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๑ และ๑๒ มีบริการเพื่อการเลิกบุหรี่แต่ไม่ครบ ๑๐๐ %

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

๑. ลดอัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒. อัตราการตายลดลง

๓. มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service Outcome)

๑. อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒. อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน

๓. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่

มาตรการสำคัญ

มาตรการ	ระยะ ๓ เดือน	ระยะ ๖ เดือน	ระยะ ๙ เดือน	ระยะ ๑๒ เดือน
๑.โครงการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย (COPD Clinic Model) ปี ๒๕๖๐ ลงพื้นที่ ๔ ภาค	ปรับปรุงแก้ไข คำจำกัดความ และอธิบายตัวชี้วัดให้ชัดเจนปรับปรุงโปรแกรมการลงข้อมูล COPD quality of care ให้มีความเหมาะสมและเสถียร	เสนอรูปแบบคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวเวชปฏิบัติอย่างครบวงจร (COPD Clinic Model) และ pulmonary rehabilitation model ดังนี้ - วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา - มีการติดตามการรักษาเช่น MMRC, CAT score - มีการใช้ยาพ่นควบคุม (controller) และประเมินการใช้ยา -ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ ครอบคลุมทั้ง ๔ ภาค	ช่วยกำกับและประเมินการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวเวชปฏิบัติอย่างครบวงจรในบางเขตพื้นที่	ประเมิน วิเคราะห์อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครอบคลุมทั้ง ๔ ภาคของประเทศไทย แต่จะเน้นการติดตามดูแล เฉพาะบางเขตเท่านั้น

มาตรการ	ระยะ ๓ เดือน	ระยะ ๖ เดือน	ระยะ ๙ เดือน	ระยะ ๑๒ เดือน
		ของประเทศไทย แต่จะเน้นการติดตามดูแล เฉพาะบางเขตเท่านั้น		

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	ตัวชี้วัดที่ ๑ ลดอัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ตัวชี้วัดที่๑ การคิดจำนวนครั้งของการกำเริบให้คิดทุกครั้งที่มาห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาจนอนหรือไม่นอนโรงพยาบาล ก็ได้ ถ้านอนโรงพยาบาลร่วมด้วยหลังจากเข้าห้องฉุกเฉินให้นับแค่ครั้งเดียว ถ้ามีการส่งต่อในเขตจังหวัดเดียวกัน ให้นับที่โรงพยาบาล ปลายทาง ถ้ามีการส่งต่อข้ามจังหวัด ให้นับที่เขตจังหวัดที่ส่ง นำจำนวนครั้งที่เกิดการกำเริบข้างต้น ทั้งปี มาเปรียบเทียบกับประชากรกลางปี อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปของจังหวัดนั้นๆ เช่นประชากรกลางปีมี ๑ ล้านคน การกำเริบ ทั้งปี ๑๐๐๐ ครั้ง **คำตอบคือ ๑๐๐ ครั้งต่อแสนประชากร**	**<u>๓เดือน</u>** ไม่เกิน ๑๓๐ ครั้งต่อแสนประชากร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	ตัวชี้วัดที่ ๑ ลดอัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน	ดำเนินการตามตัวชี้วัดที่๑ และ ตัวชี้วัดที่ ๒ โรงพยาบาลระดับ F / M / A/S ต้องมีข้อมูลครบตามตารางของ Hospital level ดังตารางข้างบน จะนับเป็น ๑ case นับจำนวน case ผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินตามตาราง หารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่นำมาจาก ข้อมูล ICD ๑๐: J ๔๔ (จำนวนคน) แล้วคูณด้วย ๑๐๐ เป็นคำตอบ เช่น โรงพยาบาลมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๔๐๐ คน ผ่านการประเมินตามมาตรฐานข้างต้น ๑๐๐ คน อัตราการมีคลินิกครบวงจร และได้มาตรฐาน = ๑๐๐/๔๐๐ × ๑๐๐= ๒๕ % แนะนำให้ลงข้อมูลผ่าน http://๒๐๓.๑๕๗.๓๒.๔๓/COPD ระบบดำเนินการคำนวณให้	**<u>๖ เดือน</u>** -ไม่เกิน ๑๓๐ ครั้งต่อแสนประชากร - มากกว่าร้อยละ ๖๐ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	ตัวชี้วัดที่ ๑ ลดอัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน	ดำเนินการตามตัวชี้วัดที่๑ และ ตัวชี้วัดที่ ๒	**<u>๙ เดือน</u>** -ไม่เกิน ๑๓๐ ครั้งต่อแสนประชากร - มากกว่าร้อยละ ๖๐ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	ตัวชี้วัดที่ ๑ ลดอัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน	ดำเนินการตามตัวชี้วัดที่๑ และ ตัวชี้วัดที่ ๒	**<u>๑๒ เดือน</u>** -ไม่เกิน ๑๓๐ ครั้งต่อแสนประชากร - มากกว่าร้อยละ ๖๐ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

การพัฒนาระบบสุขภาพตาม ๖ building box

รพ.ระดับ	1 บริการ	2 คน	3 ข้อมูล	4 เทคโนโลยี	5 เงิน	6 ธรรมาภิบาล	6+การมีส่วนของชุมชน
A	**คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** - บริการรักษาตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด - บริการการตรวจ Spirometry - บริการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ - บริการวินิจฉัย/รักษา difficult COPD	- อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจ - อายุรแพทย์ทั่วไป - แพทย์ทั่วไป / FP - พยาบาลวิชาชีพ - เภสัชกร - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู - นักกายภาพบำบัด - ผู้ผ่านการฝึกอบรมการตรวจ Spirometry	- จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา - สัดส่วนผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดดีขึ้น - จำนวนการตรวจ Spirometry - สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	-ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว -วัคซีนไข้หวัดใหญ่ - Spirometry - คู่มือแนวปฏิบัติ (CPG -COPD) - คู่มือเอกสารในการประเมิน ผู้ป่วย (CAT ,mMRC,6MW) - ระบบบันทึกข้อมูล	- จัดหา Spirometry - ค่ายาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว - อบรมบุคลากรในในคลินิก และผู้ตรวจ spirometry - สนับสนุนค่าตรวจ spirometry	- เน้นการรักษาและป้องกันการป่วยจากโรคกำเริบโดยจัดบริการรูปแบบคลินิกโรคเรื้อรังมากกว่าการตั้งรับรอให้ป่วย - การเข้าถึงยา วัคซีน และ ระบบบริการอย่างทั่วถึง และรวดเร็ว - การสนับสนุนเครือข่ายการรักษา/Spirometry - การทบทวนผลการดำเนินงาน	-ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย -สร้างกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) -กิจกรรมชุมชนเพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพปอด เช่น ลานออกกำลังกาย เครื่องมือบริหารปอดในชุมชน
S	**คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** - บริการรักษาตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด - บริการการตรวจ Spirometry - บริการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ - บริการวินิจฉัย/รักษา difficult COPD	- อายุรแพทย์ทั่วไป - แพทย์ทั่วไป / FP - พยาบาลวิชาชีพ - เภสัชกร - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู - นักกายภาพบำบัด - ผู้ผ่านการฝึกอบรมการตรวจ Spirometry	- จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา - สัดส่วนผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดดีขึ้น - จำนวนการตรวจ Spirometry - สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	-ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว -วัคซีนไข้หวัดใหญ่ - Spirometry - คู่มือแนวปฏิบัติ (CPG-COPD) - คู่มือเอกสารในการประเมิน ผู้ป่วย (CAT ,mMRC,6MW) - ระบบบันทึกข้อมูล	- จัดหา Spirometry - ค่ายาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว - อบรมบุคลากรในในคลินิก และผู้ตรวจ spirometry - สนับสนุนค่าตรวจ spirometry	- เน้นการรักษาและป้องกันการป่วยจากโรคกำเริบโดยจัดบริการรูปแบบคลินิกโรคเรื้อรังมากกว่าการตั้งรับรอให้ป่วย - การเข้าถึงยา วัคซีน และ ระบบบริการอย่างทั่วถึง และรวดเร็ว - การสนับสนุนเครือข่ายการรักษา/Spirometry - การทบทวนผลการดำเนินงาน	-ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย -สร้างกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) -กิจกรรมชุมชนเพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพปอด เช่น ลานออกกำลังกาย เครื่องมือบริหารปอดในชุมชน

รพ.ระดับ	1 บริการ	2 คน	3 ข้อมูล	4 เทคโนโลยี	5 เงิน	6 ธรรมาภิบาล	6+การมีส่วนของชุมชน
F 2 - F 3	**คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** - บริการรักษาตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด - บริการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่	- แพทย์ทั่วไป / FP - พยาบาลวิชาชีพ - เภสัชกร - นักกายภาพบำบัด	- จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา - สัดส่วนผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดดีขึ้น - จำนวนการตรวจ Spirometry - สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	-ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว -วัคซีนไข้หวัดใหญ่ - คู่มือแนวปฏิบัติ (CPG-COPD) - คู่มือเอกสารในการประเมิน ผู้ป่วย (CAT ,mMRC,6MW) - ระบบบันทึกข้อมูล	- ค่ายาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว - อบรมบุคลากรในในคลินิก - สนับสนุนค่าตรวจ spirometry	- เน้นการรักษาและป้องกันการป่วยจากโรคกำเริบโดยจัดบริการรูปแบบคลินิกโรคเรื้อรังมากกว่าการตั้งรับรอให้ป่วย - การเข้าถึงยา วัคซีน และ ระบบบริการอย่างทั่วถึง และรวดเร็ว - การสนับสนุนเครือข่ายการรักษา	-ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย -สร้างกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) -กิจกรรมชุมชนเพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพปอด เช่น ลานออกกำลังกาย เครื่องมือบริหารปอดในชุมชน
ศสม./รพสต.	**คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** **(ใน ศสม./รพ.สต.ขนาดใหญ่)** - บริการรักษาตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด - บริการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ **(ใน รพ.สต.ขนาดเล็ก)** - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด - บริการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่	- แพทย์ทั่วไป / FP - พยาบาลเวชปฏิบัติ - เภสัชกร - นักกายภาพบำบัด	- จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา - สัดส่วนผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดดีขึ้น - จำนวนการตรวจ Spirometry - สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	-ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว -วัคซีนไข้หวัดใหญ่ - คู่มือแนวปฏิบัติ (CPG-COPD) - คู่มือเอกสารในการประเมิน ผู้ป่วย (CAT ,mMRC,6MW) - ระบบบันทึกข้อมูล	- ค่ายาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว - อบรมบุคลากรในในคลินิก - สนับสนุนค่าตรวจ spirometry	- เน้นการรักษาและป้องกันการป่วยจากโรคกำเริบโดยจัดบริการรูปแบบคลินิกโรคเรื้อรังมากกว่าการตั้งรับรอให้ป่วย - การเข้าถึงยา วัคซีน และ ระบบบริการอย่างทั่วถึง และรวดเร็ว - การสนับสนุนเครือข่ายการรักษา	-ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย -สร้างกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) -กิจกรรมชุมชนเพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพปอด เช่น ลานออกกำลังกาย เครื่องมือบริหารปอดในชุมชน

รายละเอียดตัวชี้วัด

๑.ตัวชี้วัดอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

หมวด	**Service Excellent**
แผนที่	**๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan**
โครงการที่	**๑.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๓๕. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**
คำนิยาม	**อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** หมายถึง อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (ICD J๔๔๐,๔๔๑)

เกณฑ์เป้าหมาย:ไม่เกิน๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร

ปีงบประมาณ ๖	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ไม่เกิน ๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร

วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการป้องกันการกำเริบเฉียบพลัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า ๑๕ ปี ในเขตรับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ๔๓ แฟ้มของสถานพยาบาล
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ๔๓ แฟ้มของสถานพยาบาล
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J๔๔๐-J๔๔๑)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปี อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B x ๑๐๐,๐๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลง ทุก๓เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง

ปี ๒๕๖๑:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง

ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง

ปี ๒๕๖๓:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง

ปี ๒๕๖๔:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง	๓๒.๕๐ ครั้ง

วิธีการประเมินผล :	จัดระดับความสำเร็จเป็น๓ขั้นตอน ขั้นตอน ๑. จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวเวชปฏิบัติอย่างครบวงจร ขั้นตอน ๒. มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอน ๓. อัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง
เอกสารสนับสนุน :	แนวเวชปฏิบัติสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๕๓
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ดูตารางด้านล่าง

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๑๔๖.๖ (สิทธิ UC)	ต่อแสนประชากร	๒๒๑.๙๐	๓๑๕.๗๒ (HDC)	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันโรคทรวงอก โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๔๗-๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๔๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๘๔๕ ๔๙๕๐โทรสาร :๐ ๒๕๔๗ ๐๙๔๓E-mail : piamlarp@yahoo.com ๒.นพ.รักษ์พงศ์ เวียงเจริญ รพ.พหลพลพยุหสนา จ.กาญจนบุรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๓๔ ๕๘๗-๘๐๐ต่อ ๑๑๒๙,๑๑๒๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๘๓๖ ๖๓๕๑โทรสาร :๐ ๓๔ ๕๘๗-๘๐๐ ต่อ ๑๑๒๔ E-mail : drrakpong@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	๑. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. สำนักสารสนเทศการแพทย์ กรมการแพทย์ ๓. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ ๔. กลุ่มงานอายุรศาสตร์ปอด สถาบันโรคทรวงอก
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๙๓๕ ๗๓๓๔ โทรสาร : ๐ ๒๙๖๕ ๙๘๕๑ E-mail : pattarawin@gmail.com ๒. นายปวิช อภิปาลกุลนักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๕๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕ ๙๕๙ ๔๔๙๙ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๗๙ E-mail : moeva_dms@yahoo.com

๒.ตัวชี้วัดอัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน

หมวด	Service Excellent
แผนที่	**๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan**
โครงการที่	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน**
คำนิยาม	อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน ได้แก่ - วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา - มีการติดตามการรักษาเช่น MMRC, CAT score - มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller) - ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ

เกณฑ์เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ ๘๐ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๖๐ %	๖๕ %	๗๐ %	๗๕ %	๘๐ %

วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการรักษาโรคเรื้อรัง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า๑๕ปี ในเขตรับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ๔๓ แฟ้มของสถานพยาบาล
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ๔๓ แฟ้มของสถานพยาบาล
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการประเมินและติดตามครบ ๔ ประเด็น
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดในโรงพยาบาล **(จำนวนคนที่หาจากJ๔๔๐-J๔๔๙)**
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ๑ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลง ทุก๓เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๖๐ %	๖๐ %	๖๐ %	๖๐ %

ปี ๒๕๖๑:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๖๕ %	๖๕ %	๖๕ %	๖๕ %

ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๗๐ %	๗๐ %	๗๐ %	๗๐ %

ปี ๒๕๖๓:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๗๕ %	๗๕ %	๗๕ %	๗๕ %

ปี ๒๕๖๔:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๘๐ %	๘๐ %	๘๐ %	๘๐ %

วิธีการประเมินผล :

จัดระดับความสำเร็จเป็น๓ขั้นตอน
ขั้นตอน ๑. จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวเวชปฏิบัติอย่างครบวงจร
ขั้นตอน ๒. มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
ขั้นตอน ๓. คลินิกดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง

เอกสารสนับสนุน :

แนวเวชปฏิบัติสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๕๓

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
ยังไม่มีข้อมูล (ทุกสิทธิ์)	ร้อยละ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. นางเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันโรคทรวงอก
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๔๗-๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๔๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๘๔๕ ๔๙๕๐โทรสาร :๐ ๒๕๔๗ ๐๙๔๓ E-mail : piamlarp@yahoo.com
๒.นพ.รักษ์พงศ์ เวียงเจริญ รพ.พหลพลพยุหสนา จ.กาญจนบุรี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๓๔ ๕๘๗-๘๐๐ต่อ ๑๑๒๙,๑๑๒๒
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๘๓๖ ๖๓๕๑โทรสาร :๐ ๓๔ ๕๘๗-๘๐๐ ต่อ ๑๑๒๔
E-mail : drrakpong@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

๑.สำนักสารสนเทศการแพทย์ กรมการแพทย์
๒.สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
๓.กลุ่มงานอายุรศาสตร์ปอด สถาบันโรคทรวงอก

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

เติมชื่อผู้รับผิดชอบรายงาน
๑. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑๙๓๕๗๓๓๔
๒. นายปวิช อภิปาลกุลนักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๕๒

๓.ตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่

หมวดตัวชี้วัด		Respiratory disease
แผนที่		**๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan**
โครงการที่		**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**
ลักษณะ		**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล		จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ		อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		COPD patient with ongoing smoking
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่อยู่ หรือ เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่ถึง ๑๒ เดือน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการรักษาโรคเรื้อรัง
สูตรในการคำนวณ		ตัวอย่างเช่น(a/b) x ๑๐๐
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่และผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่ถึง ๑๒ เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่และผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่ถึง ๑๒ เดือน
	ตัวหาร	J ๔๔๐–J ๔๔๙
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุก ๓ เดือน (รายไตรมาส)
หน่วยวัด		ร้อยละ
เกณฑ์ค่า Alert ให้ตรวจสอบข้อมูล		สูงกว่าร้อยละ ๑๐
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		COPD guideline ประเทศไทยปี ๒๕๕๘

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ นามสกุล	ตำแหน่ง / หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ / e-mail address	ประเด็น / ส่วนที่รับผิดชอบ
นางเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	๐-๒๕๔๗-๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๔๐	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ	รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	๐๘๑ ๙๓๕๗๓๓๔	ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน
นายปวิช อภิปาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์	๐๒ ๕๙๐ ๖๓๕๒	ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

หัวข้อ ๒.๓ Service Plan สาขา RDU

ตัวชี้วัด ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

ปี ๒๕๕๗ประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพ ๔๐๙,๓๑๓ ล้านบาท (ข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)ซึ่งงานวิจัยของ สวรส. พบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาประมาณ ๔๐% ของรายจ่ายสุขภาพ (ประมาณ ๑๖๓,๐๐๐ ล้านบาท) และปัญหาเชื้อดื้อยาของประเทศไทย พบการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ ๓๘,๐๐๐ คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง ๔.๒ หมื่นล้านบาทหรือประมาณร้อยละ ๐.๖ ของดัชนีชี้วัดผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ โดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้จัดทำโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โครงการดังกล่าวเน้นการพัฒนาระดับโรงพยาบาล มิใช่การพัฒนาในทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ และให้สมัครเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ จากการสำรวจพบว่าโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการเริ่มดำเนินการตามโครงการฯ ดังนี้

จำนวน รพ.	A	S	F๑	F๒		F๓	M๑	M๒	รวม
เขต ๑	๑			๘					**๙**
เขต ๒									**๐**
เขต ๓									**๐**
เขต ๔			๑					๑	**๒**
เขต ๕									**๐**
เขต ๖	๒							๒	**๔**
เขต ๗	๑		๑	๑๕		๔	๒	๓	**๒๖**
เขต ๘									**๐**
เขต ๙				๑					**๑**
เขต ๑๐	๑	๕	๓	๔๖		๙	๒	๕	**๗๑**
เขต ๑๑				๓		๑		๑	**๕**
เขต ๑๒			๑	๑๒				๒	**๑๕**

กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญของส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จึงกำหนดเป็น Service Plan สาขาที่ ๑๕ การพัฒนาระบบบริการเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งระดับโรงพยาบาล และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Service Outcome)

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามกิจกรรมบริการ (Service Delivery) ทั้ง ๒ กิจกรรม ได้แก่ RDU๑ และ RDU๒ ผ่านระดับขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด

- **RDU ๑**หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์เป้าหมาย
- **RDU ๒**หมายถึง โรงพยาบาลลูกข่าย(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน ๒ โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(HealthOutcome)

๑. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยด้านยา
๒. ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง
๓. การติดเชื้อดื้อยาลดลง

มาตรการสำคัญ

๑. ดำเนินการให้มีการคัดเลือกจัดหาเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพไว้ใช้ในสถานบริการ(Rational Drug Supply)
๒. ดำเนินการให้มีการสั่งใช้ยาและการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล (Rational Prescribe and Dispense)
๓. ดำเนินการให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล (Rational Use)

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU๑)			
RDU ๑ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสม	**๑. ระดับเขต และระดับจังหวัด** ให้ คกก. เภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)หรือ คกก.บริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น ดำเนินการ ดังนี้ - กำหนดนโยบาย - กำหนดทีมผู้รับผิดชอบขับเคลื่อน Service Plan:RDU	• ติดตามดำเนินงาน (Process)ดังนี้ - รพ.มีเป้าหมายการดำเนินงานที่สอดคล้องตามที่เขตสุขภาพ/จังหวัดกำหนด - รพ. มีมาตรการและกิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	• รพ.สามารถรายงานข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ตามตัวชี้วัด • รพ. ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้ ๑. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
เหตุผลขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย	- กำหนดเป้าหมายของเขต/จังหวัด - พัฒนาสารสนเทศเพื่อการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด - ขับเคลื่อน ติดตาม ควบคุมกำกับ และรายงานผลดำเนินการ ให้เป็นไปตามเป้าหมาย **๒. ระดับโรงพยาบาล** ๒.๑ ให้ คกก. PTC ดำเนินการดังนี้ - กำหนดทีมผู้รับผิดชอบขับเคลื่อน Service Plan: RDU - กำหนดมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล - รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดส่งให้ คกก.ระดับจังหวัดและ สำนักบริหารการสาธารณสุข ๒.๒ โรงพยาบาลระดับ A S และ M๑ ให้ คกก. PTC ร่วมกับ คกก.ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลองค์กรแพทย์ และ คกก.พัฒนาห้องปฏิบัติการ จัดทำแผนการจัดการการดื้อยาใน รพ.และมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม ควบคุมกำกับ และรายงาน	- รพ.มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด - กรณีเป็น รพ.ระดับ A, S, M๑ มีแผนการจัดการการดื้อยาใน รพ. ● ติดตามผลการดำเนินงาน (Output)ดังนี้ - รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ๑๓ กลุ่มยา ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
RDU ๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย	คกก. PTC ร่วมกับ คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (DHB)ดำเนินการ ดังนี้ ๑. กำหนดมาตรการ และกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (RUA) ในกลุ่มโรค URI และ AD ๒. เฝ้าระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะในร้านชำและชุมชน	● ติดตามดำเนินงาน (Process)ดังนี้ - รพ.สต.มีเป้าหมายการดำเนินการตามเขตสุขภาพ/จังหวัด/อำเภอกำหนด - มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริม RUA - มีแผนการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะในร้านชำ ● ติดตามผลการดำเนินงาน (Output)ดังนี้ - อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD	จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ นามสกุล	ตำแหน่ง / หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่รับผิดชอบ
๑. ภญ.พรพิมล จันทร์คุณาภาส	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข	๐๒ ๕๙๐ ๑๖๒๘ pchankunapars@gmail.com	
๒. ภญ.วรนัดดา ศรีสุพรรณ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข	๐๒ ๕๙๐ ๑๖๒๘ naddavo@gmail..com	
๓. ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ สำนักบริหารการสาธารณสุข	๐๒ ๕๙๐๑๖๒๘ praecu@gmail.com	

รายละเอียดตัวชี้วัด

<table>
<tr><td>หมวด</td><td>Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)</td></tr>
<tr><td>แผนที่</td><td>๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>๒.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล</td></tr>
<tr><td>ลักษณะ</td><td>Leading Indicator</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>เขต</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ</td><td>๓๖. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>
๑. การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาล ๑๘ ตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมิน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ๒ ตัวชี้วัด รวมเป็นจำนวน ๒๐ ตัวชี้วัด (กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M๑ จะเพิ่มการประเมินเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance ; AMR) ๑ ตัวชี้วัด)

๒. ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ดังนี้

ขั้นที่ ๑ การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้

■RDU ๑ หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย

■RDU ๒ หมายถึง โรงพยาบาลลูกข่าย(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน ๒ โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย
<table>
<tr><th>RDU ๑ : ประเมิน (Process)</th><th>RDU ๒</th></tr>
<tr><td>๑. มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU Hospital
๒. มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล
๓. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU ๒๐ ตัวชี้วัด
๔. มีการติดตามประเมินผล
๕. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M๑ ต้องมีแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล</td><td>-</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

RDU ๑ : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU ๒ : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)
โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้ ๑. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ๑๓ กลุ่มยา ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓	**รพ.สต.** ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

ขั้นที่ ๒ หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU

RDU ๑: ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU ๒: ประเมินผลดำเนินงาน(Output)
โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้ ๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัด ตาม RDU ขั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด ๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ๑๐ ๔. การใช้ยา glibenclamideในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ ๕ ๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) ๖. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M ๑ ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด	**รพ.สต.** ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

ขั้นที่ ๓ หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU

RDU ๑: ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU ๒: ประเมินผลดำเนินงาน(Output)
โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้ ๑. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๑๘ ตัวชี้วัด ๒. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A, S, M๑ ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือดลดลงร้อยละ ๕๐ จาก Baseline data	**รพ.สต.** ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

	๓. ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (Antimicrobial Resistance ; AMR) ในกระแสเลือด หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดจากแบคทีเรีย ๘ ชนิด ได้แก่ *Acinetobacter*spp., *Pseudomonas* spp., *Klebsiella pneumonia, Staphylococcus aureus, Escherichia coli,Salmonella*spp., *Enterococcus และ Streptococcus pneumonia.*

เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ ๖๐	**ปีงบประมาณ ๖๑**	**ปีงบประมาณ ๖๒**	**ปีงบประมาณ ๖๓**	**ปีงบประมาณ ๖๔**
โรงพยาบาลในสังกัด กสธ. เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU๑ และ RDU๒) ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDU ขั้นที่ ๑ ทุกแห่งและขั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDU ขั้นที่ ๑ ทุกแห่งและขั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDUขั้นที่ ๒ ทุกแห่งและขั้นที่ ๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDUขั้นที่ ๒ ทุกแห่ง และขั้นที่ ๓ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา ๒. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๐			
ปี ๒๕๖๐ :			
รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	มีกิจกรรมส่งเสริม RDU-AMR	มีรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ขั้นที่ ๑ (เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐)
ปี ๒๕๖๑ :			
รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
			ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ขั้นที่ ๒ (เป้าหมายร้อยละ ๕๐)
ปี ๒๕๖๒ :			
รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
			ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ขั้นที่ ๒ (เป้าหมายร้อยละ ๘๐)
ปี ๒๕๖๓ :			
รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
			ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ขั้นที่ ๓ (เป้าหมายร้อยละ ๕๐)
ปี ๒๕๖๔ :			
รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
			ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ขั้นที่ ๓ (เป้าหมายร้อยละ ๘๐)

วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
		๒๕๕๗	**๒๕๕๘**	**๒๕๕๙**
RDU ขั้นที่ ๑	ร้อยละ	-	-	๑๕ % (รพ. ๑๓๓ แห่งดำเนินโครงการ RDU Hospital จากรพ.ทั้งหมด ๘๙๖ แห่ง)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๒๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒-๓๙๕๓๒๘๙ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๔ E-mail : praecu@gmail.com **สำนักบริหารการสาธารณสุข (RDU)** ๒.นางสาววันทนา ปวีณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๙๕๑๐๐๐๐ ต่อ ๙๙๓๐๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๗๐๕๙๕๔๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๐๓๔๓ E-mail :wantana.p@dmsc.mail.go.th **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (AMR)**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	๑. สำนักบริหารการสาธารณสุข (RDU) ๒. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (AMR)
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางสาวพรพิมล จันทร์คุณาภาส เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๒๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๔ E-mail : pchankunapars@gmail.com ๒. นางสาววรนัดดา ศรีสุพรรณ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๒๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๔ E-mail : naddavo@gmail.com ๓. นางสาวไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๒๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒-๓๙๕๓๒๘๙ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๔ E-mail :praecu@gmail.com **สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(RDU)**

ตัวชี้วัด เพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๑. ตัวชี้วัดRDU ระดับโรงพยาบาล (RDU ๑ - RDU Hospital)จำนวน ๑๘ ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
๑.	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	รพ.ระดับ A ≥ร้อยละ ๗๕ S ≥ร้อยละ ๘๐ M๑-M๒ ≥ ร้อยละ ๘๕ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐
๒.	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ ๓
๓.	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	รายการยา ๑๓ กลุ่ม
๔.	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ ๑ รายการ
๕.	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ ๓
๖.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ ๒๐
๗.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ ๒๐
๘.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ ๔๐
๙.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ ๑๐
๑๐.	ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) ๒ ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	ร้อยละ ๐
๑๑.	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้glibenclamideในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปีหรือมีeGFR น้อยกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร	≤ร้อยละ ๕
๑๒.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หาก eGFR<๓๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.)	≥ ร้อยละ ๘๐
๑๓.	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ ๕
๑๔.	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ ร้อยละ ๑๐
๑๕.	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ร้อยละ ๘๐
๑๖.	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า ๖๕ ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่chlordiazepoxide, diazepam, dipotassiumchlorazepate	≤ ร้อยละ ๕
๑๗.	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว(* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	๐ คน
๑๘.	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรค	≤ ร้อยละ ๒๐

๑. ตัวชี้วัดRDU ระดับโรงพยาบาล (RDU ๑ - RDU Hospital)จำนวน ๑๘ ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
	ตามรหัส ICD-๑๐ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	

๒. ตัวชี้วัดRDU ระดับ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU ๒ - RUA PCU/CMU) จำนวน ๒ ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
๑๙.	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๑๐๐
๒๐.	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๑๐๐

* รายละเอียดตัวชี้วัดจะจัดส่งให้ภายหลัง

๓. ตัวชี้วัด Antimicrobial Resistance : AMR จำนวน ๑ ตัวชี้วัด สำหรับรพ.ระดับ A, S และ M๑

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
๒๑.	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ (แบคทีเรียดื้อยา ได้แก่*Acinetobacter spp., Pseudomonas spp., Klebsiella pneumonia, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Salmonella spp., Enterococcus และ Streptococcus pneumonia.*	ปีแรกให้มีรายงานเป็น baseline data และลดลงในปีถัดไป

การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance : AMR)

การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญในการลดปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งขณะนี้เป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดความสำคัญเป็นลำดับแรกในการพัฒนาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แต่อย่างไรก็ตามปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยาและการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง ดังนั้น เพื่อให้การจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในสถานพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลดังนี้

๑. บูรณาการระบบงานและการดำเนินงานของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด(PTC) องค์กรแพทย์/ทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team : PCT) ทุกสาขาคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Committee : ICC)คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ โดยโรงพยาบาลจะต้องกำหนดนโยบาย และทิศทางในการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ และจัดให้มีทีมผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

๒. มีแผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ได้แก่

๒.๑ การเฝ้าระวังและวินิจฉัยเชื้อและเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทางห้องปฏิบัติการและระบบเตือน(Lab alert)อย่างทันสถานการณ์

๒.๒การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลและระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

๒.๓ การดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotic Stewardship)

๒.๔การจัดทำข้อมูลและรายงานสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับเชื้อดื้อยา (AMR)ของโรงพยาบาล ได้แก่

- รายงานการดื้อยาของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลทางห้องปฏิบัติการประจำปี
- มี Antibiogramของโรงพยาบาล โดยแยก site of infection และหอผู้ป่วย ICU & non ICU
- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล แยกการติดเชื้อไม่ดื้อยา และการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
- อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ
- มูลค่าและจำนวน (Defined Daily Dose: DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะ
- ผลการประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (DUE/DUR)

รายการเชื้อแบคทีเรียดื้อยาและยาต้านจุลชีพที่สำคัญที่ใช้เป็นสัญญาณเตือนระดับประเทศ ได้แก่

๑. *Acinetobacterbaumannii*
- Carbapenem
- Colistin*

๒. *Pseudomonas aeruginosa*
- Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam)
- Carbapenem
- Colistin

๓. *Klebsiella pneumoniae*
- Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)
- Carbapenem
- Colistin

๔. *Staphylococcus aureus*
- Methicillin(MRSA)
- Vancomycin (VISA and VRSA)

๕. *Escherichia coli*
- Colistin
- Carbapenem
- Fluoroquinolone (Ciprofloxacin)
- Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)

๖. *Salmonella*spp.
- Colistin
- Fluoroquinolone (Ciprofloxacin)
- Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)

๗. *Enterococcus*
- Vancomycin (VRE)

๘. *Streptococcus pneumonia*
- Penicillin (Ampicillin)
- Macrolide (Erythromycin)
- Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)

ข้อมูลตามเป้าหมาย การตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในการแนวทางการตรวจราชการ SP-RDU ประจำปีงบประมาณ 2560

จังหวัด .....

ลำดับ	รพศ. รพท. รพช.	RDU 1								RDU 2	ผลการประเมินการเป็น RDU Hospital	
		RDU 1 : ประเมิน Process			RDU 1 : ประเมินผลดำเนินการ (Output)					ประเมินผลดำเนินการ (Output)		
		มีคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU	มีระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU	มีแผนปฏิบัติการจัดการเชื้อดื้อยาในรพ.	1) ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ED ร้อยละ	2) ระดับการพัฒนาประสิทธิผลการดำเนินงานศักยภาพ PTC ระดับ	3) จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล จำนวน ..... รายการ	4) การจัดทำฉลากยามาตรฐาน 13 กลุ่มยา ระดับ	5) การส่งเสริมจริยธรรมฯ ระดับ	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะ ใน 2 โรค URI และ AD ตามเป้าหมาย ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
เกณฑ์เป้าหมาย		**มี**	**มี**	**มี**	**รพ.ระดับ A ≥ ร้อยละ 75 S ≥ ร้อยละ 80 M1-M2 ≥ ร้อยละ 85 F1-F3 ≥ ร้อยละ 90**	**ระดับ 3**	**≤ 1 รายการ**	**ระดับ 3**	**ระดับ 3**	**≥ ร้อยละ 40**	ผ่านเกณฑ์ RDU 1 และ RDU 2 ขั้นที่ 1 ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	
เป้าหมาย SP-RDU ปีงบประมาณ 2560	**รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ผ่านเกณฑ์ RDU 1 และ RDU 2) ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.ทั้งหมด**											

สรุปผลการดำเนินงาน 1) A = จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย (ผ่านเกณฑ์ RDU 1 และ RDU 2) ขั้นที่ 1 จำนวน ..... แห่ง

2) B = จำนวน รพ. ทั้งหมด จำนวน ..... แห่ง

3) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (A / B) x 100

สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙.

คำชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัด

Service Plan สาขา RDU

ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
ข้อมูล ๑	A = จำนวนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่สั่งให้ผู้ป่วยนอก
ข้อมูล ๒	B = จำนวนรายการยาที่สั่งทั้งหมดของผู้ป่วยนอก ในช่วงที่เก็บข้อมูล
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
เกณฑ์เป้าหมาย	รพ.ระดับ A ≥ ๗๕%, S ≥ ๘๐%, M๑-M๒ ≥ ๘๕%, F๑-F๓ ≥ ๙๐%
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูลการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
หมายเหตุ	บัญชียาหลักแห่งชาติใช้ตามประกาศบัญชียาหลักในแต่ละช่วงเวลาที่มีการประกาศเปลี่ยนแปลงในการคำนวณ

ตัวชี้วัดที่ ๒ ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ ๓ พอใจกับผลงาน				
ระดับ ๑ ระยะเริ่มต้น	ระดับ ๒ กำลังพัฒนา	ระดับ ๓ พอใจกับผลงาน	ระดับ ๔ โดดเด่น	ระดับ ๕ เป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ
๑. PTC มีมติให้ดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขา RDU ๒. กำหนดทีมผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน	๑. มีการดำเนินการระดับ ๑ ครบถ้วน ๒. มีกิจกรรมรณรงค์สื่อสารทำความเข้าใจแผนการดำเนินงานกับบุคลากร ๓. วางแผนและดำเนินการ จัดการฝึกอบรม สร้างความเข้าใจและการยอมรับของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ๔. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศและมีการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดเพื่อวิเคราะห์ และรายงาน ใน PTC	๑. มีการดำเนินการระดับ ๑ และ ๒ ครบถ้วน ๒. มีมาตรการ/กิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดต่าง ๆ ๓. มีการดำเนินงานบรรลุผลตามเกณฑ์เป้าหมาย ของตัวชี้วัดลำดับที่ ๑, ๓ – ๕ ๔. ร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะ ทั้ง ๒ กลุ่มโรค	๑. มีการดำเนินการระดับ ๑, ๒ และ ๓ ครบถ้วน ๒. บูรณาการการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กับทีม Service Plan สาขาอื่นๆ ในโรงพยาบาล ๓. มีการดำเนินงานบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัด ไม่น้อยกว่า ๑๖ ตัวชี้วัด ๔. ร้อยละ ๖๐ ของรพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง ๒ กลุ่มโรค	๑. มีการดำเนินการระดับ ๑, ๒, ๓ และ ๔ ครบถ้วน ๒. มีการดำเนินงานบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายทุกตัวชี้วัด ๓. มีรูปแบบการดำเนินงานที่แสดงถึงวัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัยและการเรียนรู้ สามารถใช้เป็นแบบอย่างได้

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ ๓ พอใจกับผลงาน				
ระดับ ๑ ระยะเริ่มต้น	ระดับ ๒ กำลังพัฒนา	ระดับ ๓ พอใจกับผลงาน	ระดับ ๔ โดดเด่น	ระดับ ๕ เป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ
			๕. มีการวิจัยและพัฒนาด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	

ตัวชี้วัดที่ ๓ การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน

ตัวชี้วัด	**เกณฑ์**	**ระดับการดำเนินงาน**				
		๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ร้อยละรายการยาใน ๑๓ กลุ่ม* ที่มีรายละเอียดบนฉลากยาครบถ้วน แยกตามประเด็น ดังนี้ ก. ชื่อยาภาษาไทย และคำเตือน ข. ฉลากยาเสริม	ระดับ ๓	(ก.) ๕ กลุ่ม	(ก.) ๑๐ กลุ่ม	(ก.) ๑๓ กลุ่ม	(ก.) ๑๓ กลุ่ม และ (ข.) มีฉลากยาเสริมตามที่แนะนำ	(ก.) ๑๓ กลุ่ม และยารายการอื่น และ (ข.) มีฉลากยาเสริมตามที่แนะนำ
๑. Paracetamol tablet, syrup ๒. Paracetamol combination ๓. Ibuprofen (NSAIDs) ๔. Cetirizine (non-sedative antihistamines) ๕. Amoxicillin (Antibiotics) capsule, syrup ๖. Domperidone ๗. Enalapril (ACE Inhibitors) ๘. Amlodipine (Calcium Channel Blockers) ๙. Metformin ๑๐. Sulfonylurea ๑๑. Simvastatin (Statins) ๑๒. Colchicine ๑๓. Allopurinol						

หมายเหตุ:

๑. กรณีที่บัญชียาโรงพยาบาลมีกลุ่มยาไม่ครบทั้ง ๑๓ กลุ่ม ให้ถือว่ากลุ่มยาที่ไม่มีนับเป็น ๑ ด้วย

๒. ระดับ ๑ – ๓ หมายถึง มีการพัฒนาฉลากยาให้มีชื่อยาภาษาไทย และคำเตือนครบถ้วน

๓. ระดับ ๔ ขึ้นไป หมายถึง มีการพัฒนาฉลากยาให้มีชื่อยาภาษาไทย คำเตือนครบถ้วน และมีฉลากยาเสริมพร้อมให้สำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ตัวอย่างของคำเตือนบนฉลากยาเกี่ยวกับข้อห้ามใช้ หรือผลข้างเคียงสำคัญ

ชื่อยา	**คำเตือน**
พาราเซตามอลชนิดเม็ด	ห้ามใช้เกิน ๘ เม็ดต่อวัน เพราะอาจเป็นพิษต่อตับ
พาราเซตามอลชนิดน้ำ	อย่าใช้เกิน ๕ ครั้งต่อวัน เพราะอาจเป็นพิษต่อตับ
พาราเซตามอลสูตรผสม (ออเฟนนาดรีน ทรามาดอล โคเดอีน)	ระวังการใช้ร่วมกับยาอื่นที่มีพาราเซตามอลเป็นส่วนประกอบ
ไอบูโพรเฟน เมื่อใช้แบบ prn	ไม่ควรใช้ขณะท้องว่างเพื่อลดการระคายเคืองทางเดินอาหาร
ไอบูโพรเฟน เมื่อใช้แบบต่อเนื่อง	พบแพทย์ทันทีหากมีอาการถ่ายดำ หน้ามืด เป็นลม
เซททิริซิน	เป็นยาชนิดง่วงน้อย แต่อาจง่วงได้ในผู้ใช้ยาบางราย
อะมอกซิซิลลิน	ใช้ติดต่อกันจนหมดเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยาหรือโรคแทรกซ้อน
ดอมเพอริโดน	ไม่ควรใช้เกินกว่าขนาดที่ระบุเพราะอาจทาให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ
อีนาลาพริล	โปรดแจ้งแพทย์หากเกิดอาการไอต่อเนื่องหลังใช้ยา
แอมโลดิพีน	โปรดแจ้งแพทย์หากมีอาการบวมที่เท้าหลังใช้ยา

ชื่อยา	คำเตือน
เมตฟอร์มิน	พบแพทย์ทันทีหากมีอาการคลื่นไส้ ปวดท้องร่วมกับหอบเหนื่อย
ซัลโฟนิลยูเรีย (ไกลเบนคลาไมด์ กลิบพิไซด์)	ระวังการเกิดน้ำตาลต่ำในเลือด เช่น หิว หน้ามืด เหงื่อแตก ใจสั่น
ซิมวาสแตติน	หยุดยาและพบแพทย์หากมีอาการเจ็บกล้ามเนื้อโดยไม่มีสาเหตุ
โคลชิซีน -เมื่อใช้รักษาข้ออักเสบเฉียบพลัน -เมื่อใช้แบบต่อเนื่อง	อย่าใช้เกินกว่าขนาดที่ระบุ เพราะอาจทำให้ท้องเสียรุนแรง หยุดยาทันที หากมีอาการท้องเสีย อาเจียน หรือปวดท้อง
อัลโลพูรินอล	พบแพทย์ทันที หากมีผื่น เป็นไข้ ตาแดง มีแผลในปากหลังใช้ยา

ตัวอย่างของฉลากยาเสริม

ฉลากยาเสริมสำหรับ พาราเซตามอลชนิดเม็ด

1. การใช้พาราเซตามอลเกินขนาด อาจทำให้เซลล์ตับถูกทำลาย มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง อ่อนเพลีย นำไปสู่ภาวะตับวายและการเสียชีวิตได้
2. ขนาดยาในผู้ใหญ่ ไม่เกิน 15 มก./กก./ครั้ง (และไม่เกิน 1,000 มก./ครั้ง) รวมทั้งไม่เกิน 4,000 มก./24 ชั่วโมง
3. โปรดระวังการได้รับพาราเซตามอลจากหลายแหล่งพร้อมกัน เช่น จากยาแผงบรรเทาหวัด และยาคลายกล้ามเนื้อสูตรที่มีพาราเซตามอลเป็นส่วนผสม เป็นต้น
4. ไม่ควรใช้ยานี้ด้วยตนเองติดต่อกันนานเกิน 10 วัน ในผู้ใหญ่

ฉลากยาเสริมสำหรับ พาราเซตามอลชนิดน้ำ

1. การใช้พาราเซตามอลเกินขนาด อาจทำให้เซลล์ตับถูกทำลาย มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง อ่อนเพลีย นำไปสู่ภาวะตับวายและการเสียชีวิตได้
2. ขนาดยาในเด็ก ไม่เกิน 15 มก./กก./ครั้ง (และไม่เกิน 1,000 มก./ครั้ง) รวมทั้งไม่เกิน 75 มก./กก./24 ชั่วโมง (ไม่เกิน 3,250 มก./24 ชั่วโมง)
3. โปรดระวังการได้รับพาราเซตามอลจากหลายแหล่งพร้อมกัน เช่น จากยาบรรเทาหวัด ไอ
4. ไม่ควรใช้ยานี้ด้วยตนเองติดต่อกันนานเกิน 5 วัน ในเด็ก

ฉลากยาเสริมสำหรับ พาราเซตามอล + ออเฟนนาดรีน

1. ระวังการได้รับพาราเซตามอลจากแหล่งอื่นเพราะจะได้รับพาราเซตามอลอย่างซ้ำซ้อนจนได้รับยาเกินขนาด
2. การใช้พาราเซตามอลเกินขนาด อาจทำให้เซลล์ตับถูกทำลาย มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง อ่อนเพลีย นำไปสู่ภาวะตับวายและการเสียชีวิตได้
3. ยานี้อาจทำให้ง่วงได้ จึงต้องระมัดระวังในการขับขี่ยานพาหนะหรือการปฏิบัติงานที่อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย
4. หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือผู้สูงอายุ เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ปากแห้ง ปัสสาวะลำบาก สับสน และความจำเสื่อมเสื่อม

ฉลากยาเสริมสำหรับ ไอบูโพรเฟนชนิดเม็ด

1. ยานี้เป็นยาในกลุ่มเอ็นเสด ห้ามใช้ยานี้ถ้าเคยแพ้เอ็นเสดชนิดอื่น เช่น แอสไพริน
2. ควรใช้เอ็นเสดด้วยขนาดยาต่ำที่สุด และด้วยระยะเวลาที่สั้นที่สุด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันอันตรายจากยา เช่น แผลที่กระเพาะอาหารและลำไส้ (ปวดท้อง แสบท้อง) เลือดออกจากทางเดินอาหาร (ถ่ายดำ เป็นลม) ไตวาย หลอดเลือดหัวใจหรือสมองอุดตัน (กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือเป็นอัมพาต) ผื่นแพ้ที่ผิวหนัง ผลข้างเคียงข้างต้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต นอกจากนี้ยังอาจทำให้มีอาการบวมและความดันเลือดสูงขึ้น

ฉลากยาเสริมสำหรับ ไอบูโพรเฟนชนิดน้ำ

1. ควรใช้พาราเซตามอลเป็นยาขนานแรกในการลดไข้ แก้ปวด
2. ยานี้เป็นยาในกลุ่มเอ็นเสด ห้ามใช้ยานี้ถ้าเคยแพ้เอ็นเสดชนิดอื่น
3. ใช้ยาให้ถูกขนาดตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์
4. หลังใช้ยา 3 วัน ถ้ายังมีไข้หรือยังไม่หายปวด ให้ไปพบแพทย์
5. กรณีสงสัยเป็นไข้เลือดออก ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ เพราะอาจทำให้มีเลือดออกอย่างรุนแรงได้

ฉลากยาเสริมสำหรับ ลอราทาดีน/เซททิริซีน

1. ยานี้เป็นยาแก้แพ้ชนิดง่วงน้อย ใช้เฉพาะเมื่ออาการของโรคมีสาเหตุจากการแพ้ หรือโรคภูมิแพ้เท่านั้น เช่น ใช้ในกรณีน้ำมูกไหลเรื้อรังจากโรคภูมิแพ้ เป็นผื่นคันจากการแพ้ หรือเป็นผื่นลมพิษ เป็นต้น
2. ยานี้ไม่ช่วยลดน้ำมูกในผู้ที่มีน้ำมูกไหลจากโรคหวัด ไอ เจ็บคอ เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคติดเชื้อ ไม่ได้มีสาเหตุจากการแพ้ การใช้ยาแก้แพ้ชนิดง่วง เช่น คลอเฟนนิรามีน อาจบรรเทาอาการได้บ้างในผู้ป่วยบางราย
3. ไม่ควรเรียกยานี้ว่า "ยาลดน้ำมูก" เนื่องจากทำให้เข้าใจผิดว่าลดน้ำมูกได้จากทุกสาเหตุ

ฉลากยาเสริมสำหรับ อะมอกซิซิลลินในโรคไซนัสอักเสบ

1. ยานี้เป็นยาปฏิชีวนะ ไม่มีคุณสมบัติในการแก้อักเสบ และไม่ออกฤทธิ์ต่อไวรัส
2. โรคไซนัสอักเสบส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะเพราะหายได้เองด้วยภูมิต้านทานโรค
3. ผู้เป็นไซนัสอักเสบที่ควรใช้ยาปฏิชีวนะคือผู้ที่มีอาการรุนแรง เช่น ไข้สูง หรือมีอาการดีขึ้นในช่วง 5-6 วันแรก แต่กลับเป็นใหม่ หรืออาการไม่ดีขึ้นภายใน 10 วัน
4. เนื่องจากปัญหาเชื้อดื้อยา บางครั้งต้องใช้ยาในขนาดสูงเป็นสองเท่าของขนาดยาปกติ
5. อาจทำให้เกิดการแพ้ที่รุนแรงถึงชีวิตได้

ฉลากยาเสริมสำหรับ อะมอกซิซิลลินในโรคคออักเสบ

1. ยานี้เป็นยาปฏิชีวนะ ไม่มีคุณสมบัติในการแก้อักเสบ และไม่ออกฤทธิ์ต่อไวรัส
2. ไม่ควรเรียกยานี้ว่า "ยาแก้อักเสบ"
3. การใช้เพื่อรักษาอาการเจ็บคอจากแบคทีเรีย ต้องใช้ยานี้นาน 10 วัน เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว
4. โรคหวัด ไอ เจ็บคอ มากกว่า 8 ใน 10 ครั้ง ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา
5. การใช้ยานี้อย่างพร่ำเพรื่อทำให้แบคทีเรียดื้อยา ทั้งดื้อต่อยานี้และยาปฏิชีวนะอื่น ซึ่งอาจทำให้ไม่มียาใช้เมื่อติดเชื้อที่ร้ายแรง
6. อาจทำให้เกิดการแพ้ที่รุนแรงถึงชีวิตได้

ฉลากยาเสริมสำหรับ อะมอกซิซิลลินชนิดน้ำ

1. ยานี้เป็นยาปฏิชีวนะ ไม่มีคุณสมบัติในการแก้อักเสบ และไม่ออกฤทธิ์ต่อไวรัส
2. การมีไข้ ไอ น้ำมูกไหล เจ็บคอ ในเด็กส่วนใหญ่ ประมาณ 8 ใน 10 ครั้ง เกิดจากการติดเชื้อไวรัสซึ่งใช้ยานี้รักษาไม่ได้ แต่หายได้เองด้วยภูมิต้านทานโรค อาการเหล่านี้อาจเป็นอยู่นาน 1-2 สัปดาห์
3. การใช้ยานี้โดยไม่จำเป็นเพิ่มความเสี่ยงจากผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องร่วง หรืออาจแพ้ขั้นรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้
4. การใช้ยานี้อย่างพร่ำเพรื่อนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยา ทำให้รักษาได้ยากจนอาจไม่มียาใช้ในที่สุด

ฉลากยาเสริมสำหรับ ดอมเพอริโดนชนิดเม็ด

1. ยานี้อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้หากใช้เกินขนาด ใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ใช้กับผู้ที่มีการทำงานของตับลดลงในระดับปานกลางถึงมาก ผู้มีจังหวะการเต้นหัวใจผิดปกติ หรือใช้ร่วมกับยาที่ส่งผลเสียต่อจังหวะการเต้นของหัวใจหรือเป็นยาที่ทำให้ระดับดอมเพอริโดนสูงขึ้นในเลือดซึ่งมีอยู่หลายชนิด
2. ไม่ควรใช้ยานี้เกิน 1 เม็ด/ครั้ง
3. ไม่ควรใช้ยานี้เกิน 3 เม็ด/วัน
4. ไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 7 วัน
5. ระมัดระวังเป็นพิเศษกับผู้มีอายุ >60 ปี และผู้มีการทำงานของไตลดลง

ฉลากยาเสริมสำหรับ ดอมเพอริโดนชนิดน้ำ

1. ยานี้อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้หากใช้เกินขนาด ใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ใช้กับผู้ที่มีการทำงานของตับลดลงในระดับปานกลางถึงมาก ผู้มีจังหวะการเต้นหัวใจผิดปกติ หรือใช้ร่วมกับยาที่ส่งผลเสียต่อจังหวะการเต้นของหัวใจหรือเป็นยาที่ทำให้ระดับดอมเพอริโดนสูงขึ้นในเลือดซึ่งมีอยู่หลายชนิด
2. ไม่ควรใช้ยานี้เกิน 0.25 มก./กก./ครั้ง
3. ไม่ควรใช้ยานี้เกิน 0.75 มก./กก./วัน
4. ไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 7 วัน
5. ระมัดระวังเป็นพิเศษกับผู้มีการทำงานของไตลดลง

ฉลากยาเสริมสำหรับ อีนาลาพริล

1. แพทย์อาจใช้ยานี้ด้วยสาเหตุอื่นนอกเหนือจากภาวะความดันเลือดสูง หากสงสัยให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร
2. ยานี้อาจทำให้เกิดการไอเรื้อรัง ลักษณะไอแบบแห้ง ๆ หรือกระแอม รู้สึกคันในลำคอ อาการนี้เป็นผลข้างเคียงจากยา ซึ่งรักษาไม่ได้ด้วยยาแก้ไอหรือยาอื่นใดรวมทั้งยาปฏิชีวนะ เมื่อหยุดยาอาการไอจะหายไปในเวลาไม่กี่วัน ผู้ป่วยไม่ควรหยุดยาเองเพราะจะทำให้ความดันเลือดเพิ่มสูงขึ้น แต่ควรแจ้งให้แพทย์ทราบว่ามีอาการไอ ซึ่งแพทย์จะทำการวินิจฉัยและเปลี่ยนเป็นยากลุ่มอื่นให้แทน
3. ห้ามใช้กับหญิงมีครรภ์ช่วงไตรมาส 2, 3

ฉลากยาเสริมสำหรับ แอมโลดิพีน

1. แพทย์อาจใช้ยานี้ด้วยสาเหตุอื่นนอกเหนือจากภาวะความดันเลือดสูง หากสงสัยให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร
2. ยานี้อาจทำให้เกิดการบวมที่เท้า ซึ่งเกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่ส่วนปลายของร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นการบวมในระดับน้อยถึงปานกลาง และมักไม่จำเป็นต้องหยุดยาเนื่องจากไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่เมื่อมีอาการบวมควรแจ้งให้แพทย์ทราบ อาการบวมนี้ไม่ได้หมายถึงการเป็นโรคไต
3. ควรดูแลสุขภาพช่องปากให้ดี เพื่อป้องกันภาวะเหงือกบวมเกิน

ฉลากยาเสริมสำหรับ เมตฟอร์มิน

1. เบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายควรได้รับยานี้เป็นยาขนานแรก (ยกเว้นมีข้อห้ามใช้)
2. การใช้ยานี้ต้องทำควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มิฉะนั้นจะรักษาไม่ได้ผล
3. โดยทั่วไปยานี้ไม่ทำให้เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ (หิว มือสั่น ใจสั่น)
4. ห้ามใช้กับถ้ามีไตวายเรื้อรังขั้นรุนแรง (ระยะที่ 4 และ 5) เนื่องจากยาจะสะสมและนำไปสู่ภาวะกรดเกินในเลือดซึ่งเป็นผลข้างเคียงรุนแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้
5. ปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดใช้ยานี้ชั่วคราว กรณีต้องเอกซเรย์ด้วยการฉีดสี (สารทึบรังสี)

ฉลากยาเสริมสำหรับ ไกลเบนคลาไมด์/กลิบพิไซด์

1. ยานี้เป็นยาต้านเบาหวาน ใช้ลดน้ำตาลในเลือด ถ้าใช้ไม่ถูกต้องจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งหากแก้ไขไม่ทันอาจมีความพิการทางสมองหรือเสียชีวิตได้
2. ควรใช้ยาต้านเบาหวานตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง
3. การใช้ยานี้ต้องทำควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มิฉะนั้นจะรักษาไม่ได้ผล
4. ตัวอย่างอาการน้ำตาลต่ำในเลือด ได้แก่ รู้สึกหิว หน้าซีด คลื่นไส้ เหงื่อแตก ปวดศีรษะ ปากชา มือสั่น ใจสั่น เป็นต้น หากมีอาการรุนแรงควรดื่มน้ำหวานและรีบไปโรงพยาบาล

ฉลากยาเสริมสำหรับ ซิมวาสแตติน/อะทอวาสแตติน

1. ยานี้ใช้ลดไขมันเลวในเลือด ได้แก่ คอเลสเตอรอล แอลดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ ช่วยเพิ่มไขมันดีคือเอชดีแอลได้บ้าง
2. ใช้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองในคนที่มีความเสี่ยงสูง หรือใช้ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองแล้ว
3. การควบคุมไขมันในเลือดให้ได้ผลต้องควบคุมอาหาร ออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนักร่วมด้วย และควรหยุดสูบบุหรี่
4. ภาวะกล้ามเนื้อลายสลายเป็นอันตรายไม่มีสาเหตุ หากมีอาการรุนแรงต้องหยุดยาทันที

ฉลากยาเสริมสำหรับ โคลชิซีน

1. ยานี้เป็นพิษต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย หากใช้เกินขนาด อย่าเพิ่มขนาดยาเอง
2. หยุดยาทันทีถ้ามีอาการท้องเสียตั้งแต่ 3 ครั้ง คลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดท้อง ถ้าอาการรุนแรงต้องรีบไปพบแพทย์ทันที เช่น ถ่ายอย่างมาก ถ่ายเป็นเลือด และมีอาการปวดเบ่ง
3. หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันทีถ้ามีอาการแสบร้อนในปากและลำคอ กลืนลำบาก สับสน หัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจลำบาก ไข้ขึ้นสูง หรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง
4. อย่าใช้ร่วมกับยาอื่นโดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

ฉลากยาเสริมสำหรับ อัลโลพูรินอล

1. ห้ามใช้ยานี้โดยเด็ดขาด ถ้าเคยแพ้ยานี้
2. สังเกตการมีผื่นตามผิวหนังหลังใช้ยานี้ เพราะอาจเกิดการแพ้ทางผิวหนังอย่างรุนแรงได้ โดยเฉพาะในช่วง 2 เดือนแรกของการใช้ยา
3. หยุดยาทันทีถ้ามีผื่นขึ้น เป็นไข้ ตาแดง หรือมีแผลในปากหลังใช้ยา
4. ผู้มีกรดยูริกสูงในเลือดเพียงประการเดียว ไม่ควรใช้ยานี้ แต่ควรใช้เมื่อมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น มีอาการปวดข้อจากโรคเกาต์ มีนิ่วในทางเดินปัสสาวะ หรือมีปุ่มนูนตามข้อที่เกิดจากโรคเกาต์ร่วมด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๔ จำนวนรายการยาที่ควรตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อให้มีรายการยาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผลตามหลักวิชาการ
ชื่อตัวชี้วัด	จำนวนรายการยาที่ควรตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาโรงพยาบาล
เกณฑ์เป้าหมาย	มียาที่ควรตัดออก คงอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ
แหล่งข้อมูล	จากเอกสารบัญชียาโรงพยาบาลฉบับล่าสุด
หมายเหตุ	รายการยา ๘ รายการ รายละเอียดตามคำแนะนำในคู่มือการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital Manual) หน้า ๙๕ – ๑๐๓

ตัวชี้วัดที่ ๕ การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา

ระดับ	**รายละเอียด** (เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ ๓)	**การดำเนินการ**	
		มี	ไม่มี
ระดับ ๑	- มีการประกาศเป็นนโยบายองค์กร - มีการสื่อสารภายในให้บุคลากรรับทราบเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.๒๕๕๗ อย่างทั่วถึง		
ระดับ ๒	- มีการกำหนดแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมฯ เป็นลายลักษณ์อักษร - มีการดำเนินการและมีระบบการรายงานเพื่อติดตามการปฏิบัติในระดับ ๔ อย่างน้อย ๒ ข้อ		
ระดับ ๓	- มีการดำเนินการและมีระบบการรายงานเพื่อติดตามการปฏิบัติในระดับ ๔ อย่างน้อย ๕ ข้อ - มีระบบประเมินและปรับปรุงกระบวนงานเป็นบางข้อ		
ระดับ ๔	- มีการดำเนินการครบถ้วนทั้ง ๘ ข้อ รวมทั้งมีระบบการรายงานเพื่อติดตามการปฏิบัติ ดังนี้ ๑. แนวปฏิบัติในการแสดงการมีส่วนได้ส่วนเสียในการประชุมคัดเลือกรายการยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล ๒. แนวทางการพิจารณาคัดเลือกบริษัทในการจัดซื้อ กรณีตกลงราคา ๓. แนวปฏิบัติในการคัดเลือกรายการยาและติดตามประเมินความสมเหตุผลในการสั่งใช้ยา ๔. แนวปฏิบัติในการพิจารณานำตัวอย่างยามาจ่ายให้ผู้ป่วย ๕. แนวปฏิบัติในการรับสิ่งของ ของขวัญ และบริการจากบริษัท ๖. แนวปฏิบัติในการให้ผู้แทนยาเข้าพบ ๗. แนวปฏิบัติในการคัดเลือกบุคลากรเพื่อรับทุนสนับสนุนไปประชุม สัมมนา ดูงาน หรือบรรยายทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ๘. แนวปฏิบัติในการจัดกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัท - รวมทั้งมีระบบประเมินและปรับปรุงกระบวนงานเป็นบางข้อ		
ระดับ ๕	- มีการดำเนินการและมีระบบการรายงานเพื่อติดตามการปฏิบัติในระดับ ๔ ครบถ้วนทั้ง ๘ ข้อ - มีระบบประเมินและปรับปรุงกระบวนงานทุกข้อ		

ระดับ	รายละเอียด (เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ ๓)	การดำเนินการ	
		มี	ไม่มี
	- มีการยกย่องเชิดชูหน่วยงานที่ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์จริยธรรม		
	สรุประดับที่ประเมินได้	.....	

ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หมายถึง โรคที่มี ICD-๑๐ ที่กำหนดข้างล่าง ๒) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC ๐๑
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง และตัวหาร	ICD-๑๐ J๐๐, J๐๑.๐, J๐๑.๑, J๐๑.๒, J๐๑.๓, J๐๑.๔, J๐๑.๘, J๐๑.๙, J๐๒.๐, J๐๒.๙, J๐๓.๐, J๐๓.๘, J๐๓.๙, J๐๔.๐, J๐๔.๑, J๐๔.๒, J๐๕.๐, J๐๕.๑, J๐๖.๐, J๐๖.๘, J๐๖.๙, J๑๐.๑, J๑๑.๑, J๒๐.๐, J๒๐.๑, J๒๐.๒, J๒๐.๓, J๒๐.๔, J๒๐.๕, J๒๐.๖, J๒๐.๗, J๒๐.๘, J๒๐.๙, J๒๑.๐, J๒๑.๘, J๒๑.๙, H๖๕.๐, H๖๕.๑, H๖๕.๙, H๖๖.๐, H๖๖.๔, H๖๖.๙, H๖๗.๐, H๖๗.๑, H๖๗.๘, H๗๒.๐, H๗๒.๑, H๗๒.๒, H๗๒.๘, H๗๒.๙
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐
วิธีการแปลผล	ค่าน้อย = มีคุณภาพดี

ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติตั้งแต่ ๓ ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ ๑ ครั้ง โดยมีอาการไม่นานกว่า ๒ สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่น ๆ ระบุโรคตาม ICD-๑๐ ที่กำหนด ๒) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC ๐๑
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X๑๐๐
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้งและตัวหาร	ICD-๑๐ A๐๐๐, A๐๐๑, A๐๐๙, A๐๒๐, A๐๓๐, A๐๓๑, A๐๓๒, A๐๓๓, A๐๓๘, A๐๓๙, A๐๔๐, A๐๔๑, A๐๔๒, A๐๔๓, A๐๔๔, A๐๔๕, A๐๔๖, A๐๔๗, A๐๔๘, A๐๔๙, A๐๕๐, A๐๕๓, A๐๕๔, A๐๕๙, A๐๘๐, A๐๘๑, A๐๘๒, A๐๘๓, A๐๘๔, A๐๘๕, A๐๙, A๐๙๐, A๐๙๙, K๕๒๑, K๕๒๘, K๕๒๙
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐
วิธีการแปลผล	ค่าน้อย = มีคุณภาพดี

ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ หมายถึง บาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่เกิดภายใน ๖ ชั่วโมงก่อนได้รับการรักษา ๒) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC ๐๑ ยาชนิดรับประทานและยาฉีด ๓) เก็บข้อมูลการมารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ระบุโรคตาม ICD-๑๐ ที่ระบุข้างล่าง
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง และตัวหาร	ICD-๑๐ S๐๐-S๐๑, S๐๕, S๐๗-S๑๑, S๑๖-S๒๑, S๒๘-S๓๑, S๓๘-S๔๑, S๔๖-S๕๑, S๕๖-S๖๑, S๖๖-S๗๑, S๗๖-S๘๑, S๘๖-S๙๑, S๙๖-S๙๙, T๐๐-T๐๑, T๐๔-T๐๗, T๐๙.๐-T๐๙.๑, T๑๑.๐-T๑๑.๑, T๑๓.๐-T๑๓.๑, T๑๔.๐-T๑๔.๑, T๑๔.๖-T๑๔.๙, T๒๐-T๒๕, T๒๙-T๓๒, W๕๐-W๖๔, X๐๐-X๑๙, X๒๐-X๒๙, X๓๐-X๓๙
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐

ตัวชี้วัดที่ ๙ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) หญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด หมายถึง ผู้คลอดทารกครบกำหนดทางช่องคลอดด้วยวิธีปกติ (หมายเหตุ: ยาปฏิชีวนะอาจมีประโยชน์ในรายที่มีการฉีกขาดของฝีเย็บระดับที่ ๓ หรือ ๔ โดยให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดก่อนการเย็บแผลที่ฉีกขาด) ๒) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC ๐๑ ทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด ๓) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยใน (AN) ระบุโรคตาม ICD-๑๐ ที่ระบุข้างล่าง
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง:ตัวตั้ง	ICD๑๐ O๘๐.๐ และ Drug code ATC๐๑
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง:ตัวหาร	ICD๑๐ O๘๐.๐
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละของการใช้ RAS blockade (ACEI / ARB / Renin inhibitor) ๒ ชนิดร่วมกัน ในการรักษาความดันเลือดสูง

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	ภาวะความดันเลือดสูง (Essential Hypertension)
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคความดันเลือดสูงที่ใช้ RAS blockage (ACEIs/ ARBs/Renin inhibitor) ๒ ชนิดร่วมกันในการรักษาโรคความดันเลือดสูง
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) ผู้ป่วยนอกโรคความดันเลือดสูงตามรหัส ICD-๑๐ I๑๐ Essential (primary) hypertension ๒) การใช้ยา RAS blockage ๒ ร่วมกัน หมายถึง การสั่งยา RAS blockage ตั้งแต่ ๒ ชนิดขึ้นไป ในการมาพบแพทย์ในวันที่มารับบริการ (visit)
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อประเมินความสมเหตุผลในการเลือกใช้ยากลุ่ม RAS blockage ในการรักษาความดันเลือดสูง
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวน visit ผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่ได้รับการสั่งใช้ยากลุ่ม RAS blockage ได้แก่ ACEIs+ARBs หรือ ACEIs+Renin inhibitor หรือ ARBs+Renin inhibitor ≥๒ ชนิด
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวน visit ผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่ได้รับยาลดความดันเลือดกลุ่ม RAS blockage อย่างน้อย ๑ ชนิด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-๑๐ I๑๐ และ รหัสยา ACEIs หมายถึง ATC Code C๐๙A ACE INHIBITORS, PLAIN และ C๐๙B ACE INHIBITORS, COMBINATIONS รหัสยา ARBs หมายถึง ATC Code C๐๙C ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, PLAIN และ C๐๙D ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, COMBINATIONS รหัสยา Renin inhibitor หมายถึง ATC Code C๐๙XA Renin-inhibitors ๒ ตัวขึ้นไป
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-๑๐ I๑๐ และ รหัสยาลดความดันเลือดอย่างน้อย ๑ ชนิด
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	เท่ากับร้อยละ ๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละการใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ชนิดที่ ๒
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปีหรือมี eGFR < ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-๑๐ E๑๑ (Type ๒ diabetes mellitus) ๒) รหัสยา glibenclamide หมายถึง ATC Code A๑๐BB๐๑ ๓) eGFR หมายถึงค่าการทำงานของไต คำนวณจากผลทางห้องปฏิบัติการ “serum creatinine” **วิธีการเก็บข้อมูล:** ให้เก็บข้อมูลแยกเป็น ๒ ตัวชี้วัดย่อย เนื่องจากมีข้อควรระวังในการใช้ ๒ ประเด็น ๑.ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี ณ วันที่เริ่มใช้ยา glibenclamide ๒. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่อายุไม่เกิน ๖๕ ปี ที่มี eGFR < ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร ผลทางห้องปฏิบัติการ ณ วันที่เริ่มสั่งยาหรือภายใน ๖ เดือนก่อนเริ่มยา **วิธีดึงข้อมูล:** 1. ดึงค่า lab ย้อนหลังภายใน ๖ เดือนที่เป็นค่าล่าสุด ระบุชื่อ lab “Serum creatinine” 2. ถ้าอายุไม่เกิน ๖๕ ปี และไม่มีผล lab ๖ เดือนย้อนหลัง ให้ตัดข้อมูลออก
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	การไม่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงทำให้ระดับน้ำตาลต่ำในกลุ่มเสี่ยง
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งการมารับบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ (visit) ที่ได้รับ glibenclamide และมีอายุมากกว่า ๖๕ ปี ทั้งหมด ณ วันที่รับบริการ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ (visit) ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลและมีอายุมากกว่า ๖๕ ปี ทั้งหมด ณ วันที่รับบริการ
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ตัวตั้ง	จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ (visit) ที่ใช้ glibenclamide ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ ปี ณ วันที่ทำการสำรวจ และมี eGFR < ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร ล่าสุดภายใน ๖ เดือนก่อนเริ่มยา
ตัวหาร	จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ และมี eGFR < ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร ล่าสุดภายใน ๖ เดือนจากวันที่มารับบริการ
รหัสโรคที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้งและตัวหาร	ICD-๑๐ E๑๑
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมายตัวชี้วัดน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕.๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ชนิดที่ ๒ ในผู้ใหญ่
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ หมายถึง ผู้ป่วยนอก ตามรหัส ICD-๑๐ E๑๑ ๒) ไม่มีข้อห้ามใช้ยา หมายถึง ผล lab eGFR > ๓๐ ml/min/๑.๗๓ m^2 ล่าสุด ย้อนหลัง ไป ๖ เดือน ๓) รหัสยา metformin หมายถึง ATC Code A๑๐BA๐๒ Metformin และ A๑๐BD๐๒, ๐๓, ๐๕, ๐๗, ๐๘, ๑๐, ๑๑, ๑๓-๑๗ METFORMIN COMBINATIONS วิธีการดึงข้อมูล: 1. ให้ดึงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ICD-๑๐ รหัส E๑๑ ที่ได้รับยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือได้รับยา metformin ร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดอื่น เป็นการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง cross-sectional group by HN เนื่องจากฐานข้อมูลระบุวันที่ผู้ป่วยเริ่มรับยา metformin เป็นยาชนิดแรกได้ยากหรือไม่ได้ 2. ดึงข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีผล lab ล่าสุดย้อนหลัง ๖ เดือน eGFR > ๓๐ ml/min/๑.๗๓ m^2
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	การเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพตามแนวทางการรักษา
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (HN) ที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และมีผล lab ล่าสุด ย้อนหลัง ๖ เดือน eGFR > ๓๐ ml/min/๑.๗๓ m^2
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ทั้งหมดและมีผล lab ล่าสุด ย้อนหลัง ๖ เดือน eGFR > ๓๐ ml/min/๑.๗๓ m^2
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก ๖ เดือน
รหัสโรคเกี่ยวข้อง: ตัวตั้งและตัวหาร	ICD-๑๐ E๑๑
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน

องค์ประกอบ	ความหมาย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	การใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน หมายถึง การได้รับยากลุ่ม NSAIDs ตั้งแต่ ๒ ชนิดขึ้นไป ยกเว้นการใช้แอสไพริน ร่วมกับ NSAIDs /cox-๒ inhibitors **วิธีการดึงข้อมูล:** 1. ดึงข้อมูล HN และวันที่รับบริการ 2. ดึงข้อมูลยา NSAIDs ในวันที่รับบริการ 3. Group by HN
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้ยาร่วมกันโดยไม่จำเป็นและมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับยากลุ่ม NSAIDs ตั้งแต่ ๒ ชนิดขึ้นไป
ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด ที่ได้รับยา NSAIDs อย่างน้อย ๑ ชนิด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รหัสโรค/ยาที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	Code ยากลุ่ม NSAIDs ยกเว้นการใช้แอสไพริน ร่วมกับ NSAIDs /cox-๒ inhibitors
รหัสโรคที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD๑๐ M๑๕.๐-๑๕.๙, M๑๖.๐-๑๖.๙, M๑๗.๐-M๑๗.๙, M๑๘.๐-๑๘.๙, M๑๙.๐-๑๙.๙
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD-๑๐ N๑๘.๓, N๑๘.๔, N๑๘.๕, N๑๘.๙ ๒) ยา NSAIDs ชนิดรับประทานและชนิดฉีด หมายถึง ATC code M๐๑AA, M๐๑AB, M๐๑AC, M๐๑AE, M๐๑AG, M๐๑AH (NSAIDs and coxibs) ยกเว้น Aspirin code N๐๒BA๐๑
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	การไม่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป
ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป (HN) ได้รับยา NSAIDs
ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยาอย่างน้อย ๑ ชนิด (HN)
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รหัสโรคที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-๑๐ N๑๘.๓, N๑๘.๔, N๑๘.๕, N๑๘.๙ และ ATC code M๐๑AA, M๐๑AB, M๐๑AC, M๐๑AE, M๐๑AG, M๐๑AH (NSAIDs and coxibs)
รหัสโรคที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-๑๐ N๑๘.๓, N๑๘.๔, N๑๘.๕, N๑๘.๙
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคหืด Asthma
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) ผู้ป่วยนอกโรคหืด หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก และระบุโรคตาม ICD-๑๐ J๔๕.๐-J๔๕.๙, J๔๖ ๒) ยา Inhaled corticosteroid หมายถึง ยากลุ่ม corticosteroids ที่ใช้ลดการอักเสบของระบบทางเดินหายใจในรูปแบบสูดพ่นที่เป็นยาเดี่ยวหรือยาผสมกับ long-acting beta๒-agonist ๓) วิธีเก็บข้อมูล: Group by HN
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	การใช้ยาที่มีประสิทธิผลในการป้องกันอาการกำเริบ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid (HN)
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดทั้งหมด (HN)
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x๑๐๐
รหัสโรคที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-๑๐ J๔๕.๐-J๔๕.๙, J๔๖ และรหัสยา inhaled corticosteroids
รหัสโรคเกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-๑๐ J๔๕.๐-J๔๕.๙, J๔๖
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (เกิน ๖๕ ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate ในการรักษาภาวะนอนไม่หลับ

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ: ผู้สูงอายุ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) ผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยนอกอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ ปี ๒) ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine หมายถึง chlordiazepoxide, diazepam,dipotassium chlorazepate ชนิดยารับประทานเท่านั้น ๓) กรณีที่ได้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ๒ ชนิดขึ้นไป ให้นับเป็น ๑ visit
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีความเสี่ยงในผู้สูงอายุ
ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งการมารับบริการของผู้ป่วยสูงอายุ (visit) ที่ได้ยา chlordiazepoxide หรือ diazepam หรือ dipotassium chlorazepate
ตัวหาร	B = จำนวนครั้งการมารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยสูงอายุในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รหัสโรค/ยา ที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	AGE ≥๖๕ and chlordiazepoxide or diazepam or dipotassium chlorazepate
รหัสที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	AGE ≥๖๕
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ยา Warfarin/Statins/ Ergot เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ : สตรีตั้งครรภ์
ชื่อตัวชี้วัด	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ยา Warfarin†หรือ Statins หรือ Ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว †ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) สตรีตั้งครรภ์ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ที่ระบุโรคตาม ICD-๑๐ Z๓๒.๑, Z๓๓, Z๓๔.๐-๓๔.๙, Z๓๕.๐-๓๕.๙ ๒) ยาที่ห้ามใช้ หมายถึง ยาในรายการยาที่กำหนดห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin หรือ ยากลุ่ม statins หรือยากลุ่ม ergots ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve และได้รับยา warfarin วิธีการดึงข้อมูล: ๑. เมื่อดึงข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ในช่วงเวลา ๖ เดือนและได้รับยาที่ควรหลีกเลี่ยงแล้ว ๒. ให้ตัดคนไข้ที่มีประวัติคลอดใน ๖ เดือน (อาจใช้ ICD-๑๐ คลอด หรือ การ review chart ก็ได้) ๓. ตัดผู้ป่วยกรณีที่จำเป็นต้องใช้ warfarin เช่น ใส่ mechanical heart valve หรือใช้ได้ใน trimester ที่ ๒ หรือ ๓ อาจต้อง review chart
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับยาที่มีความเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์
ข้อมูลที่ต้องการ	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ (HN) ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ warfarin หรือ ยากลุ่ม statins หรือยากลุ่ม ergots ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve และได้รับยา warfarin
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง	ICD-๑๐ Z๓๒.๑, Z๓๓, Z๓๔.๐-๓๔.๙, Z๓๕.๐-๓๕.๙ และ (Drug code warfarin หรือ ยากลุ่ม statins หรือ ยากลุ่ม ergots) และ (ยกเว้น ICD-๑๐ Z๙๕.๒)
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	จำนวน
เกณฑ์เป้าหมาย	เท่ากับ ๐ คน

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราการได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating* ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-๑๐ ตาม RUA-URI)

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ : ผู้ป่วยเด็ก
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) ผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ๐-๑๒ ปี ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ๒) โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-๑๐ ของโครงการ Antibiotic Smart Use, ASU ๓) ยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating หมายถึง cetirizine, desloratadine, fexofenadine, levocetirizine และ loratadine ทั้งชนิดยาเดี่ยวและยาผสม
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิผล
ตัวตั้ง	A = จำนวน visit ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedation antihistamine
ตัวหาร	B = จำนวน visit ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน URI
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD๑๐ ดังนี้ J๐๐, J๐๑๐, J๐๑๑, J๐๑๒, J๐๑๓, J๐๑๔, J๐๑๘, J๐๑๙, J๐๒๐, J๐๒๙, J๐๓๐, J๐๓๘, J๐๓๙, J๐๔๐, J๐๔๑, J๐๔๒, J๐๕๐, J๐๕๑, J๐๖๐, J๐๖๘, J๐๖๙, J๑๐๑, J๑๑๑, J๒๐๐, J๒๐๑, J๒๐๒, J๒๐๓, J๒๐๔, J๒๐๕, J๒๐๖, J๒๐๗, J๒๐๘, J๒๐๙, J๒๑๐, J๒๑๘, J๒๑๙, H๖๕๐, H๖๕๑, H๖๕๙, H๖๖๐, H๖๖๔, H๖๖๙, H๖๗๐, H๖๗๑, H๖๗๘, H๗๒๐, H๗๒๑, H๗๒๒, H๗๒๘, H๗๒๙ และ Drug code ยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD๑๐ ดังนี้ J๐๐, J๐๑๐, J๐๑๑, J๐๑๒, J๐๑๓, J๐๑๔, J๐๑๘, J๐๑๙, J๐๒๐, J๐๒๙, J๐๓๐, J๐๓๘, J๐๓๙, J๐๔๐, J๐๔๑, J๐๔๒, J๐๕๐, J๐๕๑, J๐๖๐, J๐๖๘, J๐๖๙, J๑๐๑, J๑๑๑, J๒๐๐, J๒๐๑, J๒๐๒, J๒๐๓, J๒๐๔, J๒๐๕, J๒๐๖, J๒๐๗, J๒๐๘, J๒๐๙, J๒๑๐, J๒๑๘, J๒๑๙, H๖๕๐, H๖๕๑, H๖๕๙, H๖๖๐, H๖๖๔, H๖๖๙, H๖๗๐, H๖๗๑, H๖๗๘, H๗๒๐, H๗๒๑, H๗๒๒, H๗๒๘, H๗๒๙
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราการได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating* ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-๑๐ ตาม RUA-URI)

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ : ผู้ป่วยเด็ก
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๔) ผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ๐-๑๒ ปี ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ๕) โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-๑๐ ของโครงการ Antibiotic Smart Use, ASU ๖) ยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating หมายถึง cetirizine, desloratadine, fexofenadine, levocetirizine และ loratadine ทั้งชนิดยาเดี่ยวและยาผสม
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิผล
ตัวตั้ง	A = จำนวน visit ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedation antihistamine
ตัวหาร	B = จำนวน visit ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน URI
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD๑๐ ดังนี้ J๐๐, J๐๑๐, J๐๑๑, J๐๑๒, J๐๑๓, J๐๑๔, J๐๑๘, J๐๑๙, J๐๒๐, J๐๒๙, J๐๓๐, J๐๓๘, J๐๓๙, J๐๔๐, J๐๔๑, J๐๔๒, J๐๕๐, J๐๕๑, J๐๖๐, J๐๖๘, J๐๖๙, J๑๐๑, J๑๑๑, J๒๐๐, J๒๐๑, J๒๐๒, J๒๐๓, J๒๐๔, J๒๐๕, J๒๐๖, J๒๐๗, J๒๐๘, J๒๐๙, J๒๑๐, J๒๑๘, J๒๑๙, H๖๕๐, H๖๕๑, H๖๕๙, H๖๖๐, H๖๖๔, H๖๖๙, H๖๗๐, H๖๗๑, H๖๗๘, H๗๒๐, H๗๒๑, H๗๒๒, H๗๒๘, H๗๒๙ และ Drug code ยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD๑๐ ดังนี้ J๐๐, J๐๑๐, J๐๑๑, J๐๑๒, J๐๑๓, J๐๑๔, J๐๑๘, J๐๑๙, J๐๒๐, J๐๒๙, J๐๓๐, J๐๓๘, J๐๓๙, J๐๔๐, J๐๔๑, J๐๔๒, J๐๕๐, J๐๕๑, J๐๖๐, J๐๖๘, J๐๖๙, J๑๐๑, J๑๑๑, J๒๐๐, J๒๐๑, J๒๐๒, J๒๐๓, J๒๐๔, J๒๐๕, J๒๐๖, J๒๐๗, J๒๐๘, J๒๐๙, J๒๑๐, J๒๑๘, J๒๑๙, H๖๕๐, H๖๕๑, H๖๕๙, H๖๖๐, H๖๖๔, H๖๖๙, H๖๗๐, H๖๗๑, H๖๗๘, H๗๒๐, H๗๒๑, H๗๒๒, H๗๒๘, H๗๒๙
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ ๒๐

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ ๒๐
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	๑) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติตั้งแต่ ๓ ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ ๑ ครั้ง โดยมีอาการไม่นานกว่า ๒ สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่น ๆ ระบุโรคตาม ICD-๑๐ ที่กำหนดข้างล่าง ๒) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC ๐๑
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดนี้	เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
ตัวตั้ง	A = จำนวน รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ ๒๐
ตัวหาร	B = จำนวน รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง:	ICD-๑๐ A๐๐๐, A๐๐๑, A๐๐๙, A๐๒๐, A๐๓๐, A๐๓๑, A๐๓๒, A๐๓๓, A๐๓๘, A๐๓๙, A๐๔๐, A๐๔๑, A๐๔๒, A๐๔๓, A๐๔๔, A๐๔๕, A๐๔๖, A๐๔๗, A๐๔๘, A๐๔๙, A๐๕๐, A๐๕๓, A๐๕๔, A๐๕๙, A๐๘๐, A๐๘๑, A๐๘๒, A๐๘๓, A๐๘๔, A๐๘๕, A๐๙, A๐๙๐, A๐๙๙, K๕๒๑, K๕๒๘, K๕๒๙
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เกณฑ์เป้าหมาย	๑๐๐
วิธีการแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี

คำชี้แจงตัวชี้วัด

Antimicrobial Resistance - AMR

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (bacteremia) ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ

ตัวชี้วัด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	รายการเชื้อแบคทีเรียดื้อยาและยาต้านจุลชีพที่สำคัญที่ใช้เป็นสัญญาณเตือน ได้แก่ ๑. Acinetobacter baumannii • Carbapenem • Colistin* ๒.Pseudomonas aeruginosa • Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) • Carbapenem • Colistin ๓.Klebsiella pneumoniae • Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) • Carbapenem • Colistin ๔.Staphylococcus aureus • Methicillin (MRSA) • Vancomycin (VISA and VRSA) ๕.Escherichia coli • Colistin • Carbapenem • Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) • Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) ๖.Salmonella spp. • Colistin • Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) • Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) ๗. Enterococcus • Vancomycin (VRE) ๘. Streptococcus pneumonia • Penicillin (Ampicillin) • Macrolide (Erythromycin) • Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)

แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก
ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยา ๘ ชนิด ได้แก่ Acinetobacter spp., Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas spp., Salmonella spp., Enterococcus faecium และ Streptococcus pneumoniae หมายเหตุ ๑. ไม่รวมผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียชนิดเดียวกันเป็นครั้งที่สองในรอบปีเดียวกัน ๒. กรณีผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า ๑ ชนิดให้นับเป็นข้อมูลเพิ่มตามจำนวนชนิดเชื้อที่ต่างกัน
ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลง ๕๐% เทียบกับ baseline

คำชี้แจงตัวชี้วัดอื่นๆ
เพื่อการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน (Outcome)

ตัวชี้วัดที่ ๑ ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอกต่อผู้ป่วย OPD visit

ตัวชี้วัดที่ ๒ ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อผลรวม Adj.Rw

ต้นทุนค่ายาต่อหน่วยบริการ (โดยวิธี Quick method)

ตัวชี้วัด ๑ **ตัวชี้วัด ๒**	๑. ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอกต่อ OPD visit ๒. ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อผลรวม Adj.Rw
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินค่าเฉลี่ย + ๑ SD เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน
วัตถุประสงค์	เพื่อคำนวณต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยนอกอย่างง่ายสำหรับสถานพยาบาล
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	๑. ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอก = A/B OP visit ๒. ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยใน = C/D Sum Adj RW
แหล่งข้อมูล	● จากฐานข้อมูลจ่ายยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หรือ ๔๓ แฟ้มเพื่อนำมาหาสัดส่วนมูลค่ายาผู้ป่วยนอกต่อมูลค่ายาทั้งหมดที่เรียกเก็บ แล้วนำไปกระจายค่ายาใช้ไป ● จากหมวด ๕ บัญชีเกณฑ์คงค้าง หรือมูลค่ายาที่เบิกจากคลัง (ซึ่งเป็นยาที่จัดซื้อ ยาVMI ยาที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการต่างๆ) หักมูลค่ายาที่จ่าย รพ.สต. และสนับสนุนรรพ.ระดับรองออกแล้ว จะได้ ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอก (A) และต้นทุนค่ายาผู้ป่วยใน (C)
ตัวตั้งสูตร ๑	A = ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอกที่คำนวณได้
ตัวหารสูตร ๑	B = OPD visit หมายถึง จำนวนครั้ง (Visit) การใช้บริการผู้ป่วยนอกทุกสิทธิเฉพาะที่ใช้บริการที่โรงพยาบาล ไม่รวม รพ.สต.
ตัวตั้งสูตร ๒	C= ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในที่คำนวณได้
ตัวหารสูตร ๒	D = ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่า (Adjusted Relative Weight) ของผู้ป่วยในทุกสิทธิ
วิธีการประเมินผล	รพ.ส่งข้อมูลให้ สบรส. เพื่อสะท้อนกลับค่าเฉลี่ยของประเทศในช่วงเวลาเดียวกัน)

ตัวอย่างการคำนวณต้นทุนค่ายาต่อ OPD visit และ Adj RW

A	ค่ายา OP (เรียกเก็บ)	ระบบบริการ หรือ ๔๓ แฟ้ม	๔๑๗,๓๔๖,๑๑๘.๐๐
B	ค่ายา IP (เรียกเก็บ)	ระบบบริการ หรือ ๔๓ แฟ้ม	๓๑๑,๔๕๑,๗๒๒.๐๐
C	สัดส่วนค่ายา OP / ค่ายาทั้งหมด	C = A/A+B	๐.๕๗๒๗
D	ค่ายา ใช้ไป	หมวด ๕ บัญชีเกณฑ์คงค้างหรือ มูลค่ายาที่เบิกจากคลัง (ซึ่งเป็นยาที่จัดซื้อ ยาVMI ยาที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการต่างๆ) หักมูลค่ายาที่จ่าย รพ.สต. และสนับสนุนรรพ.ระดับรองออกแล้ว	๖๘๙,๑๖๕,๘๒๓.๕๔
E	ต้นทุนค่ายา OP	E = C x D	๔๑๗,๓๔๖,๑๑๘.๐๐
F	ต้นทุนค่ายา IP	F = (๑-C) x D	๓๑๑,๔๕๑,๗๒๒.๐๐
G	OP visit	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาใช้บริการที่รพ.ไม่รวม visit ที่ รพ. สต.	๖๘๓,๘๕๔.๐๐
H	Sum adjusted RW	จากข้อมูลระบบบริการ	๑๓๓,๙๑๒.๐๐
I	ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอก/OP visit	I = E / G	๕๗๗.๑๐
J	ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยใน/ adj RW	J = F / H	๒,๑๙๙.๓๒

ตัวชี้วัดที่ ๓ จำนวน (DDDs) ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่สั่งใช้ต่อผู้ป่วยนอก ๑๐๐๐ ครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ ต่อวัน

หน่วยวัด : ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอก หน่วยเป็น จำนวน DDDs ต่อ ๑๐๐๐ ประชากรต่อวัน

คำอธิบาย :

๑) DDD หมายถึง Defined Daily Dose หรือขนาดยาเฉลี่ยเพื่อใช้ในการรักษาในผู้ใหญ่ที่ WHO กำหนด (DDD ที่ WHO กำหนดมีหน่วยเป็นกรัม)

๒) ยาปฏิชีวนะแต่ละชนิด หมายถึง chemical substance กำหนดด้วยรหัส ATC ระดับ ๕ เช่น J๐๑CA๐๔ หมายถึง amoxicillin

๓) ประชากร หมายความว่า จำนวนครั้งการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (visit) ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

๔) ตัวชี้วัด DDDs/๑๐๐๐ ประชากร/วัน หมายถึง ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานทุกประเภทต่อประชากร ๑๐๐๐ คนต่อวัน = ผลรวมของ DDDs/๑๐๐๐ ประชากร/วัน ของยาปฏิชีวนะแต่ละชนิดที่จ่ายให้กับผู้ป่วยนอก

๕) DDDs/๑๐๐๐ ประชากร/วัน ของการใช้ยาปฏิชีวนะแต่ละชนิด

ตัวตั้ง:

A = จำนวนหน่วยของยาปฏิชีวนะชนิดนั้นแต่ละความแรง ที่สั่งใช้กับผู้ป่วยนอกที่มารับบริการแผนกผู้ป่วย นอกในช่วง ๖ เดือนที่เก็บข้อมูล

B = ความแรงของยาชนิดนั้น (มิลลิกรัม)

ตัวหาร:

C = จำนวนครั้งการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (visit) ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

D = DDD (หน่วยเป็นมิลลิกรัม)

E = จำนวนวันในรอบที่เก็บข้อมูล ๖ เดือน

สูตรคำนวณ (A x B) x ๑๐๐๐ / (C x D x E)

๖) โรงพยาบาลสามารถหาข้อมูลขนาดยาที่กำหนดเพื่อการรักษาต่อวัน (DDD) ได้ที่ http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ จากชื่อยาในแต่ละรายการของโรงพยาบาล

๗) การตีความตัวชี้วัด เช่น ๕ DDDs ต่อ ๑๐๐๐ ประชากรต่อวัน หมายความว่า ประชากร ๕ คนจาก ๑๐๐๐ คน ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในขนาดยาเฉลี่ยเพื่อการรักษาต่อวัน หรือ ประชากร ๑ คนจาก ๑๐๐๐ คน ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในขนาดยาเฉลี่ยเพื่อการรักษา ๕ วัน

วิธีการรายงาน: ให้กรอกและส่งข้อมูลรายงานในแบบ Excel คำนวณ DDD

วิธีการประเมิน: จำนวน DDDs ยาปฏิชีวนะรวมทุกชนิดต่อ ๑๐๐๐ ประชากรต่อวันลดลง

ตัวชี้วัดที่ ๔ จำนวน (DDDs) ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดที่สั่งใช้ต่อ ๑๐๐ วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

หน่วยวัด : ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดในผู้ป่วยใน หน่วยเป็น จำนวน DDDs ต่อ ๑๐๐ วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

คำอธิบาย :

๑) ตัวชี้วัด DDDs/๑๐๐ วันที่ผู้ป่วยอยุ่ในโรงพยาบาล หมายถึง ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดทุกประเภทต่อประชากร ๑๐๐ คนต่อวัน = ผลรวมของ DDDs/ ๑๐๐ วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลของยาปฏิชีวนะชนิดฉีดแต่ละชนิดที่จ่ายให้กับผู้ป่วยใน

๒) DDDs/๑๐๐ วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลของการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดแต่ละชนิด

ตัวตั้ง:

A = จำนวนหน่วยของยาปฏิชีวนะชนิดนั้นแต่ละความแรงที่สั่งใช้กับผู้ป่วยในที่อยู่ในโรงพยาบาล ในช่วง ๖ เดือนที่เก็บข้อมูล

B = ความแรงของยาชนิดนั้น (มิลลิกรัม)

ตัวหาร:

C = จำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

D = DDD (หน่วยเป็นมิลลิกรัม)

สูตรคำนวณ (A x B) x ๑๐๐ / (C x D)

วิธีการรายงาน : ให้กรอกและส่งข้อมูลรายงานในแบบ Excel คำนวณ DDDs

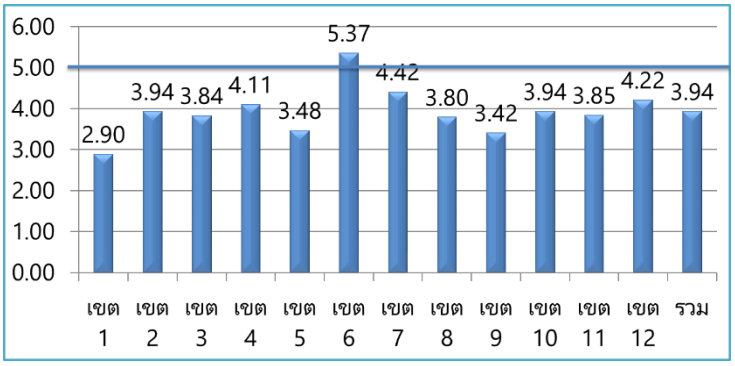
วิธีการประเมิน : จำนวน DDDs ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดรวมทุกชนิดต่อ ๑๐๐ วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ลดลง

หัวข้อ ๒.๔ Service Plan สาขา ทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด อัตราตายทารกแรกเกิด ไม่เกิน ๔ ต่อหนึ่งพันการเกิดมีชีพ

สถานการณ์

จากการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด โดยนำข้อมูลจากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการตรวจราชการจากทุกเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบว่าผลการดำเนินงานจาก ๑๒ เขต มีอัตราการตายของทารกอายุ≤๒๘วัน(เป้าหมาย ๕ :๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ) ผลงานเป็น ๓.๙๔ ต่อทารกเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน



และพบว่าจำนวนเตียง NICU เพิ่มขึ้นเพียงพอต่อการบริบาลทารกป่วย(เป้าหมายเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐ ของเตียงที่ต้องการ) ภาพรวมมีเตียง NICU เพิ่มขึ้น ๗๒เตียง คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๐๙ การมี cooling systemทุกเขตสุขภาพมีแล้ว ๙ เขต เขต ๔,๗, ๘ อยู่ระหว่างดำเนินการ

ผลสำเร็จในการดำเนินการตามเกณฑ์นั้น พบว่าปัจจัยความสำเร็จขึ้นกับนโยบายและการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับเขตและจังหวัด การสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทางทารกแรกเกิดวิกฤต อย่างไรก็ตามการเพิ่มเตียง NICU แต่ไม่ได้เพิ่มบุคลากรที่ให้การบริบาลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น(โดยเฉพาะทีมพยาบาล) ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกไม่ยั่งยืน

ประเด็นการตรวจราชการ : ๑ อัตราตายทารกแรกเกิดใน ๒๘ วัน น้อยกว่า ๔ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
ทารกที่เกิดมีชีพและมีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)	๑. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกคลอด ๒.เพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน NICU ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	๑. คำนวณจำนวน NICU โดยใช้จำนวนคลอดของปีที่ผ่านมา ๒. ตรวจติดตามจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงาน NICUตามเกณฑ์มาตรฐานดังนี้ มี neonatal nurse practitioner เวรละ ๑ คน ร่วมกับ มี พยาบาลวิชาชีพ ๑ คนต่อผู้ป่วย ๒ คน และ	๑.เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์๑:๕๐๐ ทารกคลอดโดยนับรวมเป็นเขต ๒. มีการจัดระบบ Intrauterine transfer ให้มารดาคลอดในรพ.ที่มีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
	๓.จัดระบบ Intrauterine transfer ๔.จัดระบบ step downbeds(refer back) ๕.การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย ๖.การฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ ผ่าน MCH board ๗. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ๘. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิดพร้อมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ได้ตามมาตรฐาน	๑ คนต่อ ผู้ป่วย ๔ คนสำหรับ sicknewborn ๓. มีระบบประสานงานเพื่อการส่งต่อมารดาเพื่อไปคลอดยังรพ.ที่มีความสามารถในการดูแลทารกกลุ่มเสี่ยง ๔. มีระบบการส่งผู้ป่วยกลับอย่างเป็นระบบชัดเจน ๕.มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกก่อนกลับบ้าน ๖. ควรเป็นสูติแพทย์กำหนด ๗. มีการสนับสนุนบุคลากรเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตอย่างต่อเนื่อง ๘.มีเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิดภายในเขต	๓. มีการบริหารจัดการเตียงเพื่อการรองรับการส่งกลับไปรักษาต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้านได้แล้ว (Stepdownbedfor refer back) ทั้งนี้เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลระดับ A ๔. มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย

รายละเอียดตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ด้านระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
คำนิยาม	ทารกแรกเกิดหมายถึง ทารกที่คลอดรอดออกมา มีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดอัตราตายของทารกอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ร้อยละ ๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักการบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ เพื่อประมวลผลข้อมูลการตายของทารกแรกเกิดเก็บข้อมูลจากทะเบียนรายงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง สังกัด สป. สธ. และ/หรือโรงพยาบาลนอกสังกัด
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตาย มรณะบัตร และหนังสือรับรองการตาย จากการรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต $\leq$ ๒๘ วัน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกที่เกิดมีชีพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑,๐๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๒ ครั้ง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปี งบประมาณ		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๗			๕	๓.๙๔

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเก็บข้อมูล

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ประชุมทำเข้าใจตัวชี้วัด	ส่งข้อมูลครบทุกเขต	ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	มีการสรุปข้อมูล

วิธีการประเมินผล :	๑. ประชุมทำเข้าใจตัวชี้วัด ๒. ส่งข้อมูลครบทุกเขต ๓. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ๔. มีการสรุปข้อมูล
เอกสารสนับสนุน :	๑. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด ๒. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน serviceplan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๓๕๔๘๙๒๘โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓-๐๐๗๐๕๗๘ โทรสาร :๐๒-๓๕๔๘๔๓๙ E-mail :wiboonkan@gmail.com **สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์** ๓. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๓๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔ โทรสาร :๐๒-๙๖๕๙๘๕๑ E-mail : pattarawin@gmail.com **กรมการแพทย์**

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	๑. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๓. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๓๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔ โทรสาร : ๐๒-๙๖๕๙๘๕๑ E-mail : pattarawin@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน serviceplanทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๓๕๔๘๙๒๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓-๐๐๗๐๕๗๘ โทรสาร :๐๒-๓๕๔๘๔๓๙ E-mail :wiboonkan@gmail.com **สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์** ๒. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๓๕๗โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔ โทรสาร :๐๒-๙๖๕๙๘๕๑ E-mail : pattarawin@gmail.com **กรมการแพทย์** ๓. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๓๕๒โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๙๕๙๔๔๙๙ โทรสาร :๐๒-๕๙๑๘๒๗๙ E-mail :moeva_dms@yahoo.com **สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์**

หัวข้อ ๒.๕ Service Plan สาขา Palliative Care

สถานการณ์

1. ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
2. อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง (NCD) และกลุ่มโรคมะเร็งเพิ่มสูงมากขึ้น
3. มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงขึ้น

ดังนั้นควรมีการดูแลแบบประคับประคองโดยให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาร่วมกันจนระยะสุดท้ายและเสียชีวิตอย่างมีคุณภาพ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

Health Outcome

- ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน จนถึงวาระสุดท้าย

KPI : ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านกาย จิต สังคมและ จิตวิญญาณ

Service Outcome

๑. ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม

๒. ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

KPI : - ผู้ป่วยได้รับ Opioids ตามเกณฑ์
- มี Advance Care Plan
- มี Home Visit

มาตรการ : การขยายบริการการดูแลแบบประคับประคอง ให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ

<u>โรงพยาบาลระดับ A,S,M1</u>

(ระยะ 3 เดือน) :

1. มีคณะกรรมการ /หรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
3. มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

(ระยะ 6 เดือน) :

1. ประเมินผลตามรอบ 3 เดือน
2. มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาล มอบหมายให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care รับผิดชอบเต็มเวลา
3. กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ <u>ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care ≥ ร้อยละ 50</u>

(ระยะ 9 เดือน) :

1. ประเมินผลตามรอบ 6 เดือน

2. มีระบบบริการ หรือ Function การทำงานการเชื่อมโยงดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

(ระยะ 12 เดือน) :

1. ประเมินผลตามรอบ 9 เดือน

2. มีการรักษาด้วย Strong Opioid Medication* ≥ ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก

3. มีแผน/โครงการ หรือกิจกรรม และดำเนินการร่วมกับองค์กรต่างๆ อย่างน้อย 1 เรื่อง/โรงพยาบาล

โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3

(ระยะ 3 เดือน) :

1. มีคณะกรรมการการดูแลแบบประคับประคอง
2. มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
3. มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

(ระยะ 6 เดือน) :

1. ประเมินผลตามรอบ 3 เดือน

2. มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคอง พร้อมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care

3. กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care ≥ ร้อยละ 50

(ระยะ 9 เดือน) :

1. ประเมินผลตามรอบ 6 เดือน

2. มีระบบบริการ หรือ Function การทำงานการเชื่อมโยงดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

(ระยะ 12 เดือน) :

1. ประเมินผลตามรอบ 9 เดือน

2. มีการรักษาด้วย Strong Opioid Medication* ≥ ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก

3. มีแผน/โครงการ หรือกิจกรรม และดำเนินการร่วมกับองค์กรต่างๆ อย่างน้อย 1 เรื่อง/โรงพยาบาล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑.นพ.อากาศ พัฒนเรืองไล	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	0 2591 8246 โทรศัพท์มือถือ : 081 910 5216 โทรสาร : 0 2591 8244 E-mail : apattanaruenglai@gmail.com	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
นางสาวศิวาพร สังรวม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	0 2590 6220 โทรศัพท์มือถือ : 089 609 3836 โทรสาร : 0 2591 8244 E-mail : keaksiwa@gmail.com	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5.โครงการดูแลผู้สูงอายุผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน
ลักษณะ	Lagging Indicator
ชื่อตัวชี้วัด	**39. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)**
คำนิยาม	การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น **กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย)** ได้แก่ 1. โรคมะเร็ง 2. Neurological Disease /Stroke 3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต 4. Pulmonary and Heart Disease 5. Multiple Trauma Patient 6. Infectious Disease HIV/AIDS 7. Pediatric 8. Aging /Dementia **โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care** ดังนี้ 1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่า ร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS ≤ร้อยละ 50 หรือ - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น 2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก 4. Terminal Delirium 5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin < 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง

	6. Persistent Hypercalcemia 7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ 9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง 10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล

เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
● ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1-1.5 ● ขั้นตอนที่ 3 (ไม่รวมขั้นตอนที่ 2)	● ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1) ● ขั้นตอนที่ 3 ● ขั้นตอนที่ 4 4.1(1) และ 4.2 (1) ● ขั้นตอนที่ 5 5.1(1) และ 5.2(1)	● ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2) ● ขั้นตอนที่ 3 ● ขั้นตอนที่ 4 4.1(2) และ 4.2(2) ● ขั้นตอนที่ 5 5.1(2) และ 5.2(2)	● ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3) ● ขั้นตอนที่ 3 ● ขั้นตอนที่ 4 4.1(3) และ 4.2(3) ● ขั้นตอนที่ 5 5.1(3) และ 5.2(3)	● ขั้นตอนที่ 2 2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4) ● ขั้นตอนที่ 3 ● ขั้นตอนที่ 4 4.1(4) และ 4.2(4) ● ขั้นตอนที่ 5 5.1(4) และ 5.2(4)

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานจนถึงวาระสุดท้าย 2. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม 3. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด จากทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ(ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1	ขั้นตอนที่1 ข้อ 1.1-1.3	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1-1.4	ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1-1.5 ขั้นตอนที่ 3 (ไม่รวมขั้นตอนที่ 2)

ปี 2561:

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

ปี 2562:

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

ปี 2563:

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

ปี 2564:

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

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1

1.1 <u>โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</u>

- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
- มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
- มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

	<u>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</u> - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง - มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care - มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล 1.2 **<u>โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</u>** - มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาล มอบหมายให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care รับผิดชอบเต็มเวลา **<u>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</u>** - มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองพร้อมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care 1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ <u>ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care ≥ ร้อยละ 50</u> 1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 1.5 **<u>โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</u>** - มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication <u>≥ ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care</u> และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น **<u>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</u>** - มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication <u>≥ ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care</u> และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น
	ขั้นตอนที่ 2 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี้ **2.1 <u>โรงพยาบาลระดับ A, S</u>** มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล **2.2 <u>โรงพยาบาลระดับ A, S, M1</u>** ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP)

	(1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน **<u>โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3</u>** นับจากจำนวน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วยและครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3 (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน **2.3 <u>โรงพยาบาลระดับ A, S</u>** มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ **<u>โรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3</u>** มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือ การแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M 1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ

	ขั้นตอนที่ 3 - สำหรับปี 2560 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้ **<u>โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</u>** - มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล - สำหรับปี 2561- 2564 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-2 ครบถ้วน และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้ **<u>โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</u>** มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล
	ขั้นตอนที่ 4 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-3 ครบถ้วน และมีการดำเนินการ ต่อไปนี้ **4.1 <u>โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</u>** มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อของเขตสุขภาพที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง (1) ปี 2561 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาลทุกแห่ง (ระดับโรงพยาบาล) (2) ปี 2562 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ทุกจังหวัดในเขตฯ (ระดับจังหวัด) (3) ปี 2563 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้งเขตสุขภาพ (ระดับเขตสุขภาพ) (4) ปี 2564 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เผยแพร่ทั่วประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งต่อข้ามเขตสุขภาพ **4.2 <u>โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</u>** มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ (1) ปี 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 เป็นอย่างน้อย (2) ปี 2562 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด (3) ปี 2563 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืม-คืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งเขตสุขภาพ

	(4) ปี 2564 มีการจัดทำระบบบำรุงรักษา และฐานข้อมูลอุปกรณ์ให้ยืมใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต
	ขั้นตอนที่ 5 มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1-4 ครบถ้วน และมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี้ **5.1 <u>โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</u>** มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต) (1) ปี 2561 บรรลุเป้าหมาย (Goal) ≥ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP (2) ปี 2562 บรรลุเป้าหมาย (Goal) ≥ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP (3) ปี 2563 บรรลุเป้าหมาย (Goal) ≥ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP (4) ปี 2564 บรรลุเป้าหมาย (Goal) ≥ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP **หมายเหตุ** (1) - (4) คิดจากจำนวนผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2.2 (ตัวหาร) **5.2 <u>โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3</u>** มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking) (1) ปี 2561 มีงานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล (2) ปี 2562 มี (1) และ Best /Good Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง / จังหวัด (3) ปี 2563 มี (1) - (2) และ งานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง / เขตสุขภาพ (4) ปี 2564 มี (1) - (3) และ มีการ Benchmarking ในเขตสุขภาพหรือ ในกระทรวงสาธารณสุข หรือกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ 2. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์ 3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016(https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf) 4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2554 5. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf (access April 2014)

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. นพ.อากาศ พัฒนเรืองไล ที่ปรึกษากรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 8246 โทรศัพท์มือถือ : 081 910 5216
โทรสาร : 0 2591 8244 E-mail : apattanaruenglai@gmail.com
2. นางอำไพพร ยังวัฒนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6282 โทรศัพท์มือถือ : 081 668 5008
โทรสาร : 0 2591 8264-5 E-mail : ampaiporn.y@gmail.com
3. นางสาวศิวาพร สังรวม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6220 โทรศัพท์มือถือ : 089 609 3836
โทรสาร : 0 2591 8244 E-mail : keaksiwa@gmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>1. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 081 935 7334
โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com
2. นางจุฬารักษ์ สิงหกลางพล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6288 โทรศัพท์มือถือ : 081 842 4148
โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : klangpol@yahoo.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1. คณะกรรมการ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง ของเขตบริการสุขภาพ
2. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 081 935 7334
โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com
3. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6352 โทรศัพท์มือถือ : 085 959 4499
โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com</td></tr>
</table>

หัวข้อ ๒.๖ Service Plan สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (>ร้อยละ ๑๘.๕)

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยได้ส่งเสริมและสนับสนุนศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยพบว่าประชาชนมีแนวโน้มในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ใน พ.ศ. ๒๕๕๗ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๐๒ พ.ศ. ๒๕๕๘ คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๕๑ และ พ.ศ. ๒๕๕๙ คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๑๕ ตามลำดับ

รายงานร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานรายเขตสุขภาพ (ที่มา: ผลการตรวจราชการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี ๒๕๕๙)

ปีงบประมาณ / เขตสุขภาพ	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๑	๙.๗๒	๑๐.๔๗	๑๑.๗๕
๒	๑๖.๔๙	๑๓.๗๘	๑๑.๙๘
๓	๑๒.๔๔	๑๑.๖๔	๑๖.๑๕
๔	๑๗.๔๙	๑๑.๕๓	๑๒.๘๘
๕	๑๔.๑๙	๑๒.๖๕	๑๔.๔๑
๖	๑๘.๗๐	๑๙.๒๑	๑๕.๐๐
๗	๒๒.๒๒	๒๐.๓๓	๒๓.๑๙
๘	๑๖.๐๙	๒๓.๙๑	๒๘.๘๖
๙	๒๐.๒๓	๑๗.๓๒	๑๗.๕๙
๑๐	๑๙.๙๙	๑๖.๘๙	๑๗.๕๕
๑๑	๑๖.๖๘	๑๓.๙๓	๑๔.๑๐
๑๒	๑๓.๒๑	๑๕.๑๔	๑๕.๕๕
รวม	**๑๖.๕๙**	**๑๗.๕๑**	**๑๗.๑๘**

เป้าหมาย / ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service Outcome)

ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานร้อยละ ๑๘.๕

มาตรการสำคัญ

๑. ใช้กลไกการบริหารในส่วนภูมิภาคในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาบริการ โดยกำหนดให้มีChief Thai Traditional and Alternative Medicine Officer (CTMO) และกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้บริหารเขตและจังหวัด

๒. คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารสุขทุกระดับเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ

๓. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานตามบริบทของหน่วยบริการ

แนวทางการพัฒนาระบบบริการ Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ตาม ๖ Building Box

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service Delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information System and Sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี	การอภิบาลระบบ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community Parcipation)
๑.คลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ ๑.๑ รพศ./รพท. เขตละอย่างน้อย ๒ แห่ง (A-M๑) ๑.๒ รพช. จังหวัดละอย่างน้อย๒ แห่ง (M๒-F๓) ๑.๓ รพ.สต.อำเภอละอย่างน้อย๒ แห่ง ใน รพ.สต. ขนาดใหญ่ หรือสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติหรือ รพ.สต. ที่ถูกกำหนดให้เป็น Primary Care Cluster (PCC) ๒. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐานตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน, คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๑. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการ(HDC) ๒. การประชาสัมพันธ์ องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๑. การจัดตั้งกลุ่มงาน/ฝ่ายการแพทย์แผนไทยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ๒. การพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้มีความรู้ความชำนาญในการให้บริการสุขภาพ เช่น การใช้ยาสมุนไพร การรักษาเฉพาะโรค ๓. การส่งเสริมการทำงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพ	งบสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ๑๑.๖๑ บาท/ประชากร	๑. มีการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการทุกระดับ โดยแบ่งระดับดังต่อไปนี้ ๑.๑ รพศ./ รพท. / รพช. อย่างน้อย ๓๐ รายการ ๑.๒ รพ.สต. อย่างน้อย ๑๐ รายการ ๒.ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร First line drug ๓.ส่งเสริมให้การจ่ายยาปรุงเฉพาะราย ใน รพศ./รพท. และ รพช. ๔. ส่งเสริมให้มีการใช้หัตถการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เช่น การนวด อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร สมาธิบำบัด ฝังเข็ม เผายา ย่างยา สุมยา ทับหม้อเกลือ ฯลฯ	กำหนดให้มี CTMO (Chief Thai Traditional and alternative Medicine Officer) ทุกเขต/จังหวัดขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในส่วนภูมิภาค	บูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกับการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัยในชุมชน ภายใต้บริบทของระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น : ผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น			
ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๑๘.๕	๑.มีแผนพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Service Plan)ระดับเขต/จังหวัด ๒.มี Chief Thai Traditional and alternative Medicine Officer (CTMO)ระดับเขต/จังหวัด ๓.หน่วยบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ๔.สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	๑.พิจารณาจากกลไกการขับเคลื่อนตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ๒.ประเมินตามคู่มือการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๓.ระบบรายงานจาก HDC	๑.หน่วยบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการทุกระดับเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ ๑.๑รพศ./รพท. เขตละอย่างน้อย ๒ แห่ง A-M๑ ๑.๒รพช. จังหวัดละอย่างน้อย ๒ แห่งM๒-F๓ ๑.๓ รพ.สต. อำเภอละ ๑ แห่ง (รพ.สต. ขนาดใหญ่ หรือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ หรือ รพ.สต. ที่ถูกกำหนดให้เป็น Primary Care Cluster (PCC) ทุกแห่ง) ๒.สถานบริการมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน, คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
สำนักยุทธศาสตร์ และสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นส่วนที่รับผิดชอบ
นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๔๙๕๖๕๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๗๓๕๒๙๒ E-mail :khwancha@health.moph.go.th	ข้อมูลด้านวิชาการ
นายสมศักดิ์ กรีชัย	ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐-๒๑๔๙๕๖๕๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๘๔๖๖๘๓ E-mail : otkf@dtam.moph.go.th	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
นางกรุณา ทศพล	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักยุทธศาสตร์	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๙๖๕๙๔๙๐ โทรศัพท์มือถือ :๐๘๙๗๒๔๓๘๑๖ E-Mail : karuna.took@gmail.com	ผู้ประสานตัวชี้วัด

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**๖. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๔๐.ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ ๑๘.๕)**
คำนิยาม	**๑. ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล **๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย** หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ -การรักษาด้วยยาสมุนไพร -การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ -การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ -การทับหม้อเกลือ - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ -การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ -การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย -การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤษีดัดตน **๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก** หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย - การฝึกสมาธิบำบัด - ฝังเข็ม - การกดจุดบำบัด - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย **๔. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน** หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข **๕. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ** หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๑๘.๕	ร้อยละ ๑๙	ร้อยละ ๑๙.๕	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐

วัตถุประสงค์	เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม ๒) การรายงานจากจังหวัด
แหล่งข้อมูล	๑) ๔๓ แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/Provider) ๒)ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๑ ปี (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ ๔)

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
๑.จัดทำคู่มือรูปแบบการบริการ(Service Package) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกระดับตาม Service Plan ๒. ชี้แจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ	๑.สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข ๒.เขต/จังหวัดกำหนดโรงพยาบาลนำร่องเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ	๑. มีโรงพยาบาลเข้าร่วมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทย ดังนี้ ๑.๑รพศ./รพท. เขตละอย่างน้อย ๒ แห่ง ๑.๒รพช. จังหวัดละอย่างน้อย ๒ แห่ง ๑.๓ รพ.สต. อำเภอละอย่างน้อย ๒ แห่ง ใน รพ.สต. ขนาดใหญ่ หรือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ หรือ รพ.สต. ที่ถูกกำหนดให้เป็น Primary Care Cluster (PCC) ๒. สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน, คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน๑๘.๕

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
			ร้อยละ ๑๙

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
			ร้อยละ ๑๙.๕

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
			ร้อยละ ๒๐

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
			ร้อยละ ๒๐

<table>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>๑. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
๒. ข้อมลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>๑) คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
๒) คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>๑) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
<table>
<tr><th>ปี พ.ศ.</th><th>ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ</th></tr>
<tr><td>๒๕๕๓</td><td>๕.๗๘</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๔</td><td>๑๑.๙๒</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๕</td><td>๑๑.๒๔</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๖</td><td>๑๔.๐๕</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๗</td><td>๑๖.๕๙</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๘</td><td>๑๗.๕๑</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๙</td><td>๑๗.๑๘</td></tr>
</table>
ที่มา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑. นายแพทย์ ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๑๔๙๕๖๕๓โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๗๓๕๒๙๒
๒. นายสมศักดิ์ กรีชัย ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐-๒๑๔๙๕๖๕๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๘๔๖๖๘๓
E-mail : otkf@dtam.moph.go.th
๓. นางศรีจรรยา โชติก นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักยุทธศาสตร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๙๖๕๙๔๙๐โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙-๒๔๕๙๗๙๑
E-mail : kungfu๕๕@gmail.com
สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)</td><td>สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>๑. นางสุดารัตน์ เกตุโล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐-๒๑๔๙๕๖๕๓ โทรศัพท์มือถือ :๐๘๓-๓๓๙๒๒๕๒
E-mail : sudarat.osta@gmail.com
๒. นายชัยพร กาญจนอักษร แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
สำนักยุทธศาสตร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๙๖๕๙๔๙๐โทรศัพท์มือถือ :๐๙๕-๔๑๙๖๓๙๔
E-mail : ckttmman๔๑๔@hotmail.co.th</td></tr>
</table>

หัวข้อ ๒.๗ Service Plan สาขา สุขภาพจิต

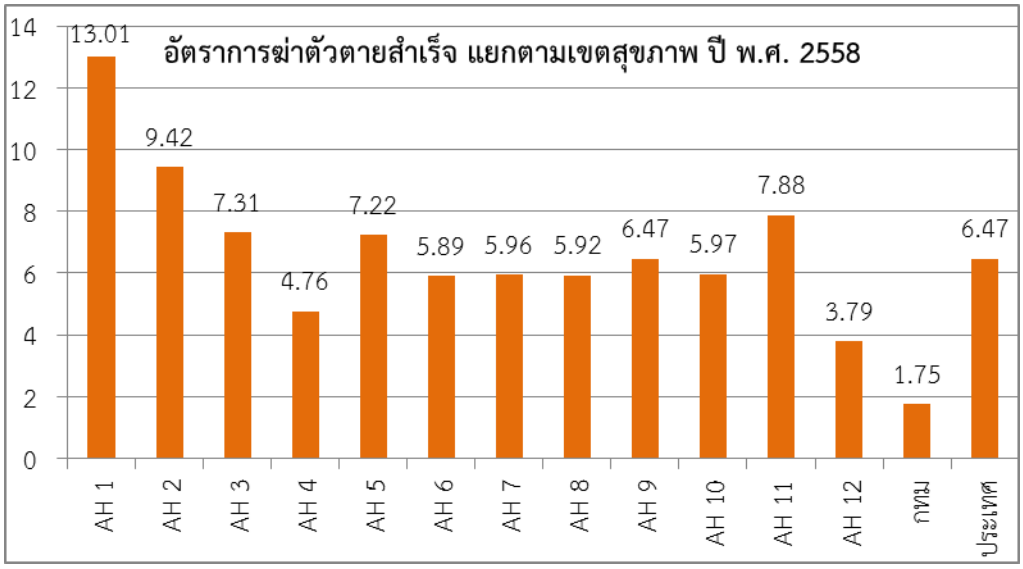
ตัวชี้วัด อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากรไทย

สถานการณ์

แนวโน้มการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๓ มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสถานการณ์และภาวะต่างๆ ที่สำคัญคือ ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต และภัยธรรมชาติต่างๆ (ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล,๒๕๕๒) โดยแต่ละปี มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ ๔,๕๐๐ – ๕,๕๐๐ คน ซึ่งมีมากกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายซึ่งมีประมาณปีละ ๓,๓๐๐ – ๓,๘๐๐ ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๖) จะเห็นได้ว่า ภายหลังจากปี พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ อัตราการฆ่าตัวตายเริ่มมีแนวโน้มขยับสูงขึ้นจาก ๕.๙ ต่อประชากรแสนคน เป็น ๖.๐๘ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็น ๖.๔๗ ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ ๑



เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่ ๑ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุด คิดเป็น ๑๓.๐๑ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ ๒, ๑๑, ๓ และ ๕ คิดเป็น ๙.๔๒, ๗.๘๘, ๗.๓๑ และ ๗.๒๒ ตามลำดับดังภาพที่ ๒ จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติทางสุขภาพจิตแก่ผู้ใกล้ชิดรวมถึงการสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจอย่างมากจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายในการดูแลเฝ้าระวังภาวะทางสุขภาพจิต รวมทั้งการรักษาและเยียวยาจิตใจแก่ผู้ใกล้ชิด องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย และตั้งเป้าหมายไว้ว่า ภายใน ๕ ปี ร้อยละ ๑๐ ของจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะลดลงเทียบกับจำนวนเดิม จึงได้จัดลำดับประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ซึ่งต้องมีข้อเสนอเชิงมาตรการคือ การสร้างและบูรณาการนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพัฒนาระบบช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง ได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น และการติดตามเฝ้าระวังการกลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ จะสามารถช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้เป็นผลดี



ภาพที่ ๒ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อประชากรแสนคน) รายเขตสุขภาพ
ที่มา :ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ https//www.suicidethai.com

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๐

๑. การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับ

๒. การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ

๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น

๔. การเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม *(๑. โรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน*

๕. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทางมาตรฐาน

๖. การบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แกนนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑,๒,๓,๖ : การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในหน่วยบริการทุกระดับ การพัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น และการบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แกนนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย			

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	- พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติดที่มีภาวะเร่งด่วนทางสุขภาพจิต (acute care) ในหน่วยบริการ - จัดให้มีการบริหารยาจิตเวชสำคัญพร้อมใช้ในหน่วยบริการ - สนับสนุนองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ติดตามดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ - กำหนดผู้รับผิดชอบสื่อสารและประชาสัมพันธ์แนวทางการดำเนินงานของระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแก่หน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ	- ผังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติ ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ - ทะเบียนการจ่ายยาจิตเวชและรายการยาในหน่วยบริการ - องค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวังติดตามดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย - กิจกรรมรณรงค์ และสื่อสร้างความตระหนักเรื่องฆ่าตัวตายในพื้นที่ - แผนงานการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น	**๓,๙ เดือน :** ร้อยละ ๔๐, ๖๐ ของหน่วยบริการระดับ A-M๒ ที่มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและแนวทางของการจัดบริการ acute care **๓ เดือน :** ร้อยละ ๖๐ ของหน่วยบริการระดับ M๒-F๒ ที่มีการบริหารจัดการให้มีการให้ยาจิตเวชตามบัญชีรายการยาจิตเวชและยาเสพติด **๙ เดือน :** ร้อยละ ๑๐ ของหน่วยบริการระดับ A, S, M๑ ที่มีการพัฒนาระบบบริการตามแนวทางกรมสุขภาพจิตที่ผ่านขั้นที่ ๑ **๖ เดือน :** ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอสุขภาพดีมีตำบลสุขภาพดีที่บูรณาการกิจกรรมสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติแกนนำชุมชน ในเรื่องสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้น **๑๒ เดือน :** ร้อยละ ๗๐ ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีอัตราการเข้าถึงบริการโรคจิต และโรคซึมเศร้าที่ผ่านค่าเป้าหมาย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
			(โรคจิตร้อยละ ๖๕/ โรคซึมเศร้าร้อยละ ๕๐) **และ**ร้อยละ ๘ ของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการตามเกณฑ์ในเขตสุขภาพ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๔ : การเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม *(๑. โรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน*			
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	พัฒนาระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคจากการใช้สุราสารเสพติดและโรคทางกายเรื้อรัง) และการช่วยเหลือดูแล	ทะเบียนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคจากการใช้สุราสารเสพติด และโรคทางกายเรื้อรัง) และหัตถการช่วยเหลือ รวมทั้งทะเบียนส่งต่อ	**๓ เดือน :** ร้อยละ ๖๐ ของหน่วยบริการในเขตมีระบบเฝ้าระวังช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย **๖ เดือน :** ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า/โรคจิต/ โรคทางกายเรื้อรัง/โรคจากการใช้สุรา สารเสพติด
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๕ : การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทางมาตรฐาน			
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	พัฒนาฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายระดับประเทศให้สามารถสะท้อนข้อมูลที่ครอบคลุมและทันสมัย พัฒนาข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชที่สำคัญต่อการก่อความรุนแรงและผู้พยายามฆ่าตัวตาย	การบันทึกประวัติการฆ่าตัวตายใน รง. ๕๐๖ และการจัดทำฐาน ข้อมูลระบบรายงานโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นสูง และระบบการเยี่ยมติดตามต่อเนื่องของผู้ป่วย	**๓ เดือน :** ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่มีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ที่ฆ่าตัวตายและมีการบันทึกข้อมูลใน รง. ๕๐๖-s **๙ เดือน :** ร้อยละ ๘๐ ของสถานพยาลมีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ที่ฆ่าตัวตาย และบันทึกข้อมูลใน รง. ๕๐๖

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
			๑๒ เดือน : ร้อยละ ๘๐ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี และร้อยละ ๕ ของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมสุขภาพจิต สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

รายละเอียดตัวชี้วัด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี	**๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy (at Birth))**
หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๔๒. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ**
คำนิยาม	**การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ** การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ

เกณฑ์เป้าหมาย : ≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๖.๐ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๖.๐ ต่อประชากรแสนคน

วัตถุประสงค์	๑. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชนกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มบุคล สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ๒. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว
แหล่งข้อมูล	๑. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ๒. จากรายงาน รง ๕๐๖ S แบบรายงานการเฝ้าระวังติดตามผู้ทำร้ายตนเอง
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐,๐๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ ๔)

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
- ร้อยละ ๔๐ ของหน่วยบริการระดับA-M๒ที่มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและแนวทางของการจัดบริการ acute care - ร้อยละ ๖๐ ของหน่วยบริการระดับ M๒-F๒ ที่มีการบริหารจัดการให้มียาจิตเวชตามบัญชีรายการยาจิตเวชและยาเสพติด - ร้อยละ ๖๐ ของหน่วยบริการในเขตมีระบบเฝ้าระวังช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย - ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่มีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ที่ฆ่าตัวตายและมีการบันทึกข้อมูลใน รง. ๕๐๖-S	- ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า/โรคจิต โรคทางกายเรื้อรัง โรคจากการใช้สุราสารเสพติด - ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอสุขภาพดี มีตำบลสุขภาพดี ที่บูรณาการกิจกรรมสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ <u>แกนนำชุมชน</u> ในเรื่องสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้น	- ร้อยละ ๘๐ ของสถานพยาบาลมีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ที่ฆ่าตัวตายและบันทึกข้อมูลใน รง.๕๐๖ - ร้อยละ ๖๐ ของหน่วยบริการระดับA-M๒ที่มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและแนวทางการจัดบริการ acute care - ร้อยละ ๑๐ ของหน่วยบริการระดับ A, S, M๑ ที่มีการพัฒนาระบบบริการตามแนวทางกรมสุขภาพจิตที่ผ่านขั้นที่ ๑	- ร้อยละ ๗๐ ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีอัตราการการเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้าที่ผ่านค่าเป้าหมาย (โรคจิต ๖๕%/ โรคซึมเศร้า ๔๙%) - ร้อยละ ๘ ของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการตามเกณฑ์ - ร้อยละ ๘๐ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี - ร้อยละ ๕ ของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≤ ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน

<table>
<tr><td colspan="4">ปี ๒๕๖๓ :</td></tr>
<tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≤ ๖.๐ ต่อประชากรแสนคน</td></tr>
<tr><td colspan="4">ปี ๒๕๖๔ :</td></tr>
<tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>≤ ๖.๐ ต่อประชากรแสนคน</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td colspan="3">นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราส่วนและอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td colspan="3">๑. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
๒. แบบรายงาน การเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเอง กรมสุขภาพจิต (รง ๕๐๖ S)
๓. ชุดข้อมูลสุขภาพ ๔๓ แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวม
โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td colspan="3">
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๗</td><td>๒๕๕๘</td><td>๒๕๕๙</td></tr>
<tr><td>การฆ่าตัวตายสำเร็จ</td><td>อัตราต่อประชากรแสนคน</td><td>๖.๐๘</td><td>๖.๔๗</td><td>อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูล</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td colspan="3">๑. นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓-๒๐๙๙๙๙ต่อ๖๓๑๑๑
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๙๔๙๔๘๘๕
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐-๓๙๖๘ E-mail : pat-ukn@yahoo.com
๒. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๘๐๐๗
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๖๖๖-๗๕๕๓
โทรสาร : ๐๒-๑๔๙-๕๕๓๓ E-mail:burinsura@hotmail.com
๓. นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓-๒๐๙๙๙๙ต่อ๖๓๑๓๖
โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔–๙๐๕๘๘๗๗ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐-๓๙๖๘
E-mail: jvkk_sakarin@hotmail.com</td></tr>
</table>

	๔. นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓-๒๐๙๙๙๙ต่อ๖๓๓๐๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑–๗๑๑๘๖๙๒ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐-๓๙๖๘ E-mail : orapin๕๔๕@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓-๒๐๙๙๙๙ ต่อ ๖๓๓๐๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔–๙๐๕๘๘๗๗ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐-๓๙๖๘ E-mail : orapin๕๔๕@gmail.com **โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต**

หัวข้อ ๒.๘ Service Plan ๓ สาขาหลัก plus

(สูติกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม)*

สถานการณ์

จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.๒๕๕๙ พบยอดการส่งต่อผู้ป่วย ๕ สาขาหลัก จากรพ.M๒ ไปรพ.ทั่วไป/รพ ศูนย์ ทั้งประเทศ ๑๑,๗๐๐ ราย โดยเป็น สาขาศัลยกรรม ๔,๔๓๑ ราย (๓๗.๙%) สาขาอายุรกรรม ๓,๙๙๒ ราย (๓๔.๑%) สาขาสูติกรรม ๒,๗๖๐ราย (๒๓.๖%) สาขาออร์โธปิดิกส์ ๕๑๗ ราย (๔.๔%) คิดเป็น ๑๓.๑๐ % เทียบกับปี ๒๕๕๘ ซึ่งยังไม่สามารถลดการส่งต่อลดได้ตามเป้าหมาย โดยเขตที่ลดการส่งต่อได้สูงสุด คือ เขต ๕ ๓๘.๑๗% เขต ๑๐ ๓๐.๗% เขต ๘ ๒๗.๓๑ % โดยมีหลายปัจจัยทั้งความพร้อมด้านคน ด้านทรัพยากรของโรงพยาบาลระดับ M๒

ในปี ๒๕๖๐ Service plan ๕ สาขาหลัก ได้ปรับรูปแบบโดยแยก service plan สาขาศัลยกรรม ออกไป ส่วนสาขาอายุรกรรมกำลังดำเนินการแยก เหลือ ๓ สาขาหลักที่ร่วมกันพัฒนาในเชิงเครือข่าย เพื่อลดแออัด ลดอัตราตายในโรคสำคัญและมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายให้มีแพทย์ครบทุกสาขา

- สาขาสูติกรรม มีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพ รพ.M๒ ให้สามารถผ่าตัดคลอดได้ ๒๕% ของการคลอดใน ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ รวมทั้ง อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ๐%
- สาขากุมารเวชกรรม ปรับเป้าหมายโดยลดอัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ด-๕ปีบริบูรณ์ให้ลดลง ๑๐ % ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ
- สาขาออร์โธปิดิกส์ ปรับเป้าหมายร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช.M๒ ลงไปทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพให้ได้ ๗๐%
- สาขาอายุรกรรม กำหนดเป้าหมายลดอัตราตายจาก sepsis ให้น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐

ในภาพรวมของการขับเคลื่อนงานเป็นการดำเนินงานเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลระดับ M๒ ในพื้นที่เป็นการบูรณาการร่วมกันของ Service Plan และผู้บริหารทุกระดับ

ประเด็นการตรวจราชการ : ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพช.M๒

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
รพ.ระดับ M๒ สามารถให้บริการผ่าตัดคลอดได้ ๒๕%	๑.การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	๑.๑ มีการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่	**<u>๓ เดือน</u>** ๑. มีแผนงาน/โครงการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดคลอดใน รพช. M๒ ๒ มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติ-นรีเวชกรรมระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
รพ.ระดับ M๒ สามารถให้บริการผ่าตัดคลอดได้ ๒๕%	๒.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๒.๑ มีการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลการ การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดคลอดใน รพช. M๒ ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ ๒.๒ มีการสนับสนุนรพ. M๒ จาก รพ. S,A ด้านวิชาการ และด้านอื่นๆ	**<u>๖ เดือน</u>** จังหวัดมีระบบประเมิน/ติดตาม การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดคลอดใน รพช. M๒
รพ.ระดับ M๒ สามารถให้บริการผ่าตัดคลอดได้ ๒๕%	๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	๓.๑ มีแนวทางปฏิบัติในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดคลอดใน รพช. M๒ และจัดอบรมภายในจังหวัด ๓.๒ รพ.M๒ สามารถให้บริการผ่าตัดคลอดได้ ๓.๓ ประเมินห้องคลอดคุณภาพ ๓.๔ มีธนาคารเลือดที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด	**<u>๙ เดือน</u>** มีการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดคลอดใน รพช. M๒ ที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
รพ.ระดับ M๒ สามารถให้บริการผ่าตัดคลอดได้ ๒๕%	๔. สร้างเครือข่าย .	๔.๑ มีระบบปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ๔.๒ มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับต่ำกว่า และสูงกว่า M๒	**<u>๑๒ เดือน</u>** ๑.รพช. M๒ สามารถให้บริการผ่าตัดคลอดได้ร้อยละ๒๕

ประเด็นการตรวจราชการ : อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
รพ.ระดับM๒ลงไปสามารถให้บริการดูแลรักษามารดาตกเลือดหลังคลอดได้โดยไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด	๑.การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	๑.๑ มีการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่	**<u>๓ เดือน</u>** ๑. มีแผนงาน/โครงการดูแลรักษามารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ๒ มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติ-นรีเวชกรรมระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
รพ.ระดับM๒ลงไปสามารถให้บริการดูแลรักษามารดาตกเลือดหลังคลอดได้โดยไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด	๒.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๒.๑ มีการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลการ การดูแลรักษามารดาตกเลือดหลังคลอด ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ ๒.๒ มีการสนับสนุน รพช. M๒ จาก รพ. S,A ด้านวิชาการ และด้านอื่นๆ	**<u>๖ เดือน</u>** จังหวัดมีระบบประเมิน/ติดตาม การดูแลรักษามารดาตกเลือดหลังคลอด
รพ.ระดับM๒ลงไปสามารถให้บริการดูแลรักษามารดาตกเลือดหลังคลอดได้โดยไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด	๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	๓.๑ มีแนวทางปฏิบัติ (guide line)ในการดูแลรักษามารดาตกเลือดหลังคลอด และจัดอบรมการให้ยา Syntocinon ที่ถูกต้องและรวดเร็ว ๓.๒ มีระบบ fast track อาทิ การส่งห้องคลอด หรือห้องผ่าตัดอย่างรวดเร็ว เพิ่มความปลอดภัยของมารดาและลูก ๓.๓ ประเมินการตกเลือด ค่าต่ำหรือสูงก็ไม่ดี โดยมีการใช้ถุงตวงเลือด	**<u>๙ เดือน</u>** มีการดูแลรักษามารดาตกเลือดหลังคลอด ที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
รพ.ระดับM๒ลงไปสามารถให้บริการดูแลรักษามารดาตกเลือดหลังคลอดได้โดยไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด	๔. สร้างเครือข่าย .	๔.๑ มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับต่ำกว่า และสูงกว่า M๒ ๔.๒ มีธนาคารเลือดที่โรงพยาบาลระดับM๒ ขึ้นไป	**<u>๑๒ เดือน</u>** ๑.อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ๐

ประเด็นการตรวจราชการ : ๑. อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ด. - ๕ปีบริบูรณ์ ลดลงร้อยละ๑๐

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ด-๕ปีบริบูรณ์ ลดลงร้อยละ๑๐	๑.การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	๑.๑ มีการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ๑.๒ใช้กลไกการขับเคลื่อนโดย Service plan และกรรมการARIC วิเคราะห์วางแผนงานโครงการ การ	**<u>๓เดือน</u>** ๑.มีคณะกรรมการ SP สาขากุมาร ระดับ รพ. ระดับจังหวัด และระดับเขต ๒.มีการประชุม วางแผนดำเนินงานระดับเขต

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
		กำกับติดตามงานปรับแผนฯตามสภาพปัญหาพื้นที่ ๑.๓การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการบริการตามมาตรฐานการรักษา ARIC	
อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ด-๕ปี บริบูรณ์ ลดลงร้อยละ๑๐	๒.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๒.๑ จังหวัดมีการรายงาน/สืบสวนสาเหตุการตาย และการจัดทำ Conference case วิเคราะห์แก้ปัญหา ๒.๒ มีข้อมูลการตาย และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและวางแผน	**<u>๖ เดือน</u>** ๑.จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังการตายโรคปอดบวมในเด็กที่มีประสิทธิภาพ ๒.มีข้อมูลอัตราป่วยตายตายในระดับจังหวัด ๓.มีการสนับสนุน ทรัพยากร คน เงิน ของ เพื่อพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ M๒
อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ด-๕ปี บริบูรณ์ ลดลงร้อยละ๑๐	๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	๓.๑ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการรักษาโรคปอดบวมในเด็กตามแนวทางมาตรฐาน ARIC .ในรพ ทุกระดับ. ๓.๒ หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับความรู้ ARIC และนำไปปฏิบัติ ๓.๓ รพ M๒ ที่มีกุมารแพทย์ สามารถใช้เครื่องมือ Oxygen high flow system ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม Lower respiratory tract infection ได้	**<u>๙ เดือน</u>** ๑.มีการใช้ CPG การดูแล ARIC ทุกระดับ ๒. มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ด-๕ปี บริบูรณ์ ลดลงร้อยละ๑๐	๔. สร้างเครือข่ายการดูแล .	๔.๑ มีระบบปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ๔.๒ มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับ ต่ำกว่า โรงพยาบาลระดับ M๒ และที่สูงกว่า	**<u>๑๒ เดือน</u>** อัตราป่วยตายลดลงร้อยละ ๑๐ ในระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการ : ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช.M๒ลงไป

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
-รพ.ระดับ M๒ ลงไปสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่ซับซ้อน ๗๐%	๑.การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	๑.๑ มีการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่	**<u>๓เดือน</u>** ๑.มีแผนงาน/โครงการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช. M๒ ลงไป ๒ มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์โธปิดิกส์ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ
-รพ.ระดับ M๒ ลงไปสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่ซับซ้อน ๗๐%	๒.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๒.๑ มีการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลการ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช. M๒ ลงไป ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ ๒.๒ มีการสนับสนุนรพ. M๒ จาก รพ. S,A ด้านวิชาการ และด้านอื่นๆ	**<u>๖ เดือน</u>** จังหวัดมีระบบประเมิน/ติดตาม การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช. M๒ ลงไป
-รพ.ระดับ M๒ ลงไปสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่ซับซ้อน ๗๐%	๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	๓.๑ มีแนวทางปฏิบัติ(guide line)ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช. M๒ ลงไปและจัดอบรมภายในจังหวัด ๓.๒ รพ.M๒ สามารถรักษากระดูกหักที่ไม่ซับซ้อนได้	**<u>๙ เดือน</u>** มีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช. M๒ ลงไปที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
-รพ.ระดับ M๒ ลงไปสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่ซับซ้อน ๗๐%	๔. สร้างเครือข่าย .	๔.๑ มีระบบปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ๔.๒ มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับต่ำกว่า และสูงกว่า M๒	**<u>๑๒ เดือน</u>** ๑.รพช. M๒ ลงไปสามารถให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้ร้อยละ๗๐

ประเด็นการตรวจราชการ : อัตราตายจาก Sepsis/septic shock

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ (small success)
ผู้ป่วยโรคติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องรวดเร็ว ปลอดภัยตามแนวทางการรักษา	๑.การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	๑.๑ มีการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่	**<u>๓เดือน</u>** ๑.มีแผนงาน/โครงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ๒ มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอายุรกรรมระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ
ผู้ป่วยโรคติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องรวดเร็ว ปลอดภัยตามแนวทางการรักษา	๒.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๒.๑ มีการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลการ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ ๒.๒ มีระบบเก็บข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน เชื่อถือได้ ๒.๓ มีการสนับสนุนโรงพยาบาลขนาดเล็กจาก รพ. S,A ด้านวิชาการและด้านอื่นๆ	**<u>๖ เดือน</u>** จังหวัดมีระบบประเมิน/ติดตาม การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
- ผู้ป่วยโรคติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องรวดเร็ว ปลอดภัยตามแนวทางการรักษา	๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	๓.๑ มีแนวทางปฏิบัติ(guide line)ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ๓.๒ มี Sepsis fast tract, ICU ที่เพียงพอ, การตรวจ serum lactate ตั้งแต่รพ.ระดับ M๒ ๓.๓ รพ.ทุกแห่งสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อได้	**<u>๙ เดือน</u>** มีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (Sepsis)ได้รับการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องรวดเร็ว ปลอดภัยตามแนวทางการรักษา	๔. สร้างเครือข่าย .	๔.๑ มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับต่ำกว่า และสูงกว่า M๒	**<u>๑๒ เดือน</u>** ๑.อัตราตายจาก Sepsis/septic shock <ร้อยละ ๓๐

รายละเอียดตัวชี้วัด สาขาสูติกรรม (๑)

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดหลัก
clinical out come</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับ M๒</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ผ่าตัดคลอด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาผ่าตัดคลอด (รหัสโรค ICD๑๐ ๗๔๐-๗๔๔ , ๗๔๙๑ ,๗๔๙๙)
โรงพยาบาลระดับ M๒ หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนระดับ M๒</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>ร้อยละ ๒๕</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M๒</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>ชุดข้อมูลมาตรฐาน (standard data set : ๔๓ แฟ้ม)ของโรงพยาบาลทุกระดับ</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>Health data center กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมเก็บข้อมูลรายโรค</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๑</td><td>A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับ M๒</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๒</td><td>B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับA S</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>A/B X ๑๐๐</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รายไตรมาส</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๗</td><td>๒๕๕๘</td><td>๒๕๕๙</td></tr>
<tr><td>๒๕</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ขั้นตอน ๑-๒	ขั้นตอน ๑–๓	ขั้นตอน ๑-๕	ร้อยละ ๒๕

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอน ๑ มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติ-นรีเวชกรรม ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการกำหนดกรอบและแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติ-นรีเวชกรรม

ขั้นตอน ๒ มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติ-นรีเวชกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพช.แม่ข่าย (Node)

ขั้นตอน ๓ มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ เพื่อพัฒนาศักยภาพ รพช.แม่ข่าย (Node) และกำกับติดตามผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติ-นรีเวชกรรม

ขั้นตอน ๔ มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด/เขตสุขภาพ

ขั้นตอน ๕ วิเคราะห์และสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เสนอผู้บริหาร

เอกสารสนับสนุน :	เอกสารแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นายแพทย์ปิยะพงษ์ จงรักษ์ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๑๓๘๗ ๙๔๔๗ ๒.นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ๐๘ ๙๔๙๐ ๙๓๒๒ ๓.นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	๑.นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ๐๘ ๙๔๙๐ ๙๓๒๒ ๒.นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้บันทึกข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ

รายละเอียดตัวชี้วัด สาขาสูติกรรม (๒)

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดหลัก
clinical out come</td><td>อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด หมายถึง มารดาที่เสียชีวิตหลังคลอดภายใน๔๒วันจากการตกเลือดแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า ๕๐๐ มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า ๑๐๐๐ มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด(รหัสโรคICD๑๐O๗๒)</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>ร้อยละ ๐</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>มารดาหลังคลอดที่เสียชีวิตจากการตกเลือด ในโรงพยาบาลทุกระดับ</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>ชุดข้อมูลมาตรฐาน (standard data set : ๔๓ แฟ้ม)ของโรงพยาบาลทุกระดับ</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>Health data center กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมเก็บข้อมูลรายโรค</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๑</td><td>A = จำนวนมารดาหลังคลอดที่เสียชีวิตจากการตกเลือด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๒</td><td>B = จำนวนมารดาหลังคลอดที่ตกเลือดในโรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>A/B X ๑๐๐</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รายไตรมาส</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๗</td><td>๒๕๕๘</td><td>๒๕๕๙</td></tr>
<tr><td>๐</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ขั้นตอน ๑-๒	ขั้นตอน ๑–๓	ขั้นตอน ๑-๕	ร้อยละ ๐

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอน ๑ มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติ-นรีเวชกรรม ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการกำหนดกรอบและแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติ-นรีเวชกรรม

ขั้นตอน ๒ มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติ-นรีเวชกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพช.แม่ข่าย (Node)

ขั้นตอน ๓ มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ เพื่อพัฒนาศักยภาพ รพช.แม่ข่าย (Node) และกำกับติดตามผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติ-นรีเวชกรรม

ขั้นตอน ๔ มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด/เขตสุขภาพ

ขั้นตอน ๕ วิเคราะห์และสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เสนอผู้บริหาร

เอกสารสนับสนุน :	เอกสารแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นายแพทย์ปิยะพงษ์ จงรักษ์ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๑๓๘๗ ๙๔๔๗ ๒.นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ๐๘ ๙๔๙๐ ๙๓๒๒ ๓.นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	๑.นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ มือถือ ๐๘ ๙๔๙๐ ๙๓๒๒ ๒.นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้บันทึกข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ

รายละเอียดตัวชี้วัด สาขากุมารเวชกรรม

ตัวชี้วัดหลัก **clinical out come**	**อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก อายุ ๑ เดือนถึง ๕ปีบริบูรณ์ ลดลงร้อยละ ๑๐**
คำนิยาม	**อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็กอายุ ๑ เดือนถึง ๕ปีบริบูรณ์** หมายถึง เด็กอายุ ๑ เดือนถึง ๕ปีบริบูรณ์ ป่วยตายด้วยโรคปอดบวม(รหัส ICD ๑๐ J๑๒-๑๘) ในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F๓) **ลดลงร้อยละ๑๐** หมายถึง เด็กอายุ ๑ เดือนถึง ๕ปีบริบูรณ์ ป่วยตายด้วยโรคปอดบวม (รหัส ICD ๑๐ J๑๒-๑๘) ในสถานบริการลดลงร้อยละ๑๐ เทียบกับปีที่ผ่านมา
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงร้อยละ๑๐ จากอัตราเดิมเทียบกับปีที่ผ่านมา(เป้าหมายพื้นฐานอัตราป่วยตาย<ร้อยละ๑)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนเด็กป่วยจากโรคปอดบวม อายุ ๑เดือนถึง๕ปีบริบูรณ์ รหัสโรคหลัก PDx J๑๒-๑๘ ในทุกโรงพยาบาลในเขตพื้นที่
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ชุดข้อมูลมาตรฐาน (standard data set : ๔๓ แฟ้ม)ของโรงพยาบาลทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	Health data center กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมเก็บข้อมูลรายโรค
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กตายจากโรคปอดบวม อายุ ๑เดือนถึง๕ปีบริบูรณ์ รหัสโรคหลัก PDx J๑๒-๑๘ ในทุกรพ.ในเขตพื้นที่
รายการข้อมูล ๒	B = ผู้ป่วยโรคปอดบวมในเด็กรหัสโรคกลุ่มเดียวกันเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
<๑	ร้อยละ	NA	NA	NA

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ขั้นตอน ๑-๒	ขั้นตอน ๑–๓	ขั้นตอน ๑-๕	< ร้อยละ ๑และลดลงกว่าเดิมร้อยละ๑๐

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอน ๑ มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขากุมารเวชกรรม ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการกำหนดกรอบและแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขากุมารเวชกรรม

ขั้นตอน ๒ มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขากุมารเวชกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพช.แม่ข่าย (Node)

ขั้นตอน ๓ มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ เพื่อพัฒนาศักยภาพ รพช.แม่ข่าย (Node) และกำกับติดตามผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขากุมารเวชกรรม

ขั้นตอน ๔ มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด/เขตสุขภาพ

ขั้นตอน ๕ วิเคราะห์และสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เสนอผู้บริหาร

เอกสารสนับสนุน :	เอกสารแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นายแพทย์พิพัฒ เคลือบวัง โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๐๐๖๑ ๘๐๐๖ ๒.นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ๐๘ ๙๔๙๐ ๙๓๒๒ ๓.นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	๑.นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ๐๘ ๙๔๙๐ ๙๓๒๒
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้บันทึกข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ

รายละเอียดตัวชี้วัด สาขาออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัดหลัก **clinical out come**	**ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อน** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกระดูกหัก (เฉพาะกระดูกที่กำหนด) คือ Clavicle, Distal Phalanx of Finger and Thumb ,Distal Phalanx of Toe and big Toe, Distal End of Radius, Distal End of Ulna **โรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป** หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนระดับ M๒ F๑-F๓
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยที่กระดูกหักไม่ซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกระดูกหัก (เฉพาะกระดูกที่กำหนด) ที่โรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไปในรหัสโรคตาม ICD๑๐ ดังนี้ S๔๒๐๐ S๖๒๕๐ S๖๒๖๐ S๙๒๔๐ S๙๒๕๐ S๕๒๕๐ S๕๒๖๐ S๕๒๘๐
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ชุดข้อมูลมาตรฐาน (standard data set : ๔๓ แฟ้ม)ของโรงพยาบาลทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	Health data center กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมเก็บข้อมูลรายโรค
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ได้รับการวินิจฉัย S๔๒๐๐ S๖๒๕๐ S๖๒๖๐ S๙๒๔๐ S๙๒๕๐ S๕๒๕๐ S๕๒๖๐ S๕๒๘๐ และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ได้รับการวินิจฉัย S๔๒๐๐ S๖๒๕๐ S๖๒๖๐ S๙๒๔๐ S๙๒๕๐ S๕๒๕๐ S๕๒๖๐ S๕๒๘๐
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๗๐	ร้อยละ	NA	NA	NA

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ขั้นตอน ๑-๒	ขั้นตอน ๑–๓	ขั้นตอน ๑-๕	ร้อยละ ๗๐

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอน ๑ มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์โธปิดิกส์ ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการกำหนดกรอบและแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์โธปิดิกส์

ขั้นตอน ๒ มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์โธปิดิกส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพช.แม่ข่าย (Node)

ขั้นตอน ๓ มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ เพื่อพัฒนาศักยภาพ รพช.แม่ข่าย (Node) และกำกับติดตามผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์โธปิสิกส์

ขั้นตอน ๔ มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด/เขตสุขภาพ

ขั้นตอน ๕ วิเคราะห์และสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เสนอผู้บริหาร

เอกสารสนับสนุน :	เอกสารแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นายแพทย์ชัยวิเชียร กิจพ่อค้า โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๓๓๐ ๕๔๘๕ ๒.นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ มือถือ ๐๘ ๙๔๙๐ ๙๓๒๒ ๓.นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	๑.นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ๐๘ ๙๔๙๐ ๙๓๒๒ ๒.นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๘๙๑ ๔๙๕๔
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้บันทึกข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ

รายละเอียดตัวชี้วัด สาขาอายุรกรรม

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดหลักclinical out come</td><td>อัตราตายจาก Sepsis /septic shock</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>อัตราตายจาก Sepsis/septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลทุกระดับ A-F3 (ผู้ป่วย Sepsis /septic shock โดยใช้ข้อมูลจากรหัส ICD10 A40.0-41.9, R65.1 , R57.2 หรือตามนิยามSepsis-3 อย่างใดอย่างหนึ่ง)</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>ไม่เกินร้อยละ 30</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วย Sepsis/septic shock ทุกโรงพยาบาลระดับ A-F3</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>ชุดข้อมูลมาตรฐาน (standard data set : 43 แฟ้ม)ของโรงพยาบาลทุกระดับ</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>Health data center กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมเก็บข้อมูลรายโรค</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Sepsis /septic shock</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนผู้ป่วย Sepsis /septic shock ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>A/B X 100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รายไตรมาส</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2557</td><td>2558</td><td>2559</td></tr>
<tr><td>< 30</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การประเมิน :
<table>
<tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr>
<tr><td>ขั้นตอน 1-2</td><td>ขั้นตอน 1–3</td><td>ขั้นตอน 1-5</td><td>< ร้อยละ 30</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">วิธีการประเมินผล :
ขั้นตอน 1 มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอายุรกรรม ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการกำหนดกรอบและแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอายุรกรรม
ขั้นตอน 2 มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอายุรกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพช.แม่ข่าย (Node)
ขั้นตอน 3 มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ เพื่อพัฒนาศักยภาพ รพช.แม่ข่าย (Node) และกำกับติดตามผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอายุรกรรม
ขั้นตอน 4 มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด/เขตสุขภาพ
ขั้นตอน 5 วิเคราะห์และสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เสนอผู้บริหาร</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>เอกสารแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1.นายแพทย์ถนอม จิวสืบพงษ์ โทรศัพท์มือถือ 08 1887 5854
2.นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ โทรศัพท์ 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ08 9490 9322
3.นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์ 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ 08 6891 4954</td></tr>
<tr><td>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1.นางสาวนุชนาฏ พรสัจจะ โทรศัพท์ 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ08 9490 9322
2.นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด โทรศัพท์ 0 2590 1637 โทรศัพท์มือถือ 08 6891 4954</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</td><td>สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ผู้บันทึกข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลทุกระดับ</td></tr>
</table>

รายละเอียดตัวชี้วัดสาขาอายุรกรรม

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี	**LE**
หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**๘. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	**๔๓. อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)**
คำนิยาม	Sepsis คือ ภาวะที่เกิดจากการติดเชื้อร่วมกับผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ ข้อใดข้อหนึ่ง คือ - SIRS มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ข้อ ร่วมกับมีอวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติตั้งแต่ ๑ อวัยวะขึ้นไป (organ dysfunction) - SOS score มากกว่าหรือเท่ากับ ๔ - SOFA score มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ โดยในกรณีเมื่อเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยข้อใดข้อหนึ่ง ควรมีการเจาะ blood lactate (ค่ามากกว่า ๒ mmol/L or ๑๘ mg/dl) เพื่อยืนยันการเกิดภาวะ sepsis ที่มี tissue hypoxia จาก organ dysfunction Community-acquired sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่เกิดการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม healthcare associated sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ๑. อัตราตายจาก community-acquired sepsis ๒. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis ในการดำเนินการปีนี้ จะมุ่งเน้น ที่ community – acquired sepsis เพื่อ พัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis ในปีถัดไป ภาวะ sepsis เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

เกณฑ์เป้าหมาย เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐ ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๓๐	๒๘	๒๕	๒๓	๒๐

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากกติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-๑๐ หรือ ใช้ ข้อมูลจากการเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกับข้อมูลจาก ICD-๑๐ โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกับข้อมูลจาก ICD-๑๐
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Sepsis
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัย Sepsis
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๖ เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

๑. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
๒. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ (เมื่อมีผู้ป่วย Sepsis)
๓. มีผลการติดตามกำกับการดำเนินงาน

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			-อัตราเสียชีวิตจาก sepsis -อัตราตายจาก community-acquired sepsis

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			-อัตราเสียชีวิตจาก sepsis -อัตราตายจาก community-acquired sepsis

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			-อัตราเสียชีวิตจาก sepsis - อัตราตายจาก community-acquired sepsis - อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			-อัตราเสียชีวิตจาก sepsis - อัตราตายจาก community-acquired sepsis -อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			- อัตราเสียชีวิตจาก sepsis - อัตราตายจาก community-acquired sepsis - อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis

หมายเหตุ :ปี ๒๕๖๐ ให้ดู Baseline ก่อน รอปรับรอบเดือนมกราคม

วิธีการประเมินผล :

๑. รายงานผลจากฐานข้อมูล โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ
๒. รายงานผลของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

เอกสารสนับสนุน : CPG Sepsis ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
N/A	ร้อยละ	-	-	-

.

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. พญ. นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๒๘๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๒๔๑๔๘
โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๖ E-mail :mertthailand@gmail.com
ieip.dms@gmail.com
๒. นพ. ถนอม จิวสืบพงษ์ อายุรแพทย์ รพ.สวรรค์ประชารักษ์
โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑-๘๘๗ ๕๘๕๔ E–mail :Fatman๒๐๐๗@gmail.com
๓. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ รพ.พิษณุโลก
โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑- ๕๙๖ ๘๕๓๕ E–mail :mr.sepsis@yahoo.com
๔ . นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย อายุรแพทย์ รพ.ลำปาง
โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๘-๒๕๑๘๐๓๖ E–mail :crisis๒๗@gmailcom

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	๑. พญ.นฤมลสวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๒๘๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๒๔๑๔๘ โทรสาร : ๐๒ ๕๙๑๘๒๗๖ E-mail :mertthailand@gmail.com , ieip.dms@gmail.com ๒. นางรจนา บำรุงศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๒๗๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๐๐๖๓๔๕๙ โทรสาร : ๐๒๕๙๑๘๒๗๖ E-mail : rojana.b@yahoo.com ๓. นางพรทิพภา ชัยเนตราภรณ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๒๗๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๒๒๖๘๕๕ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๖ E-mail : porntippa_c@yahoo.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑.พญ.นฤมลสวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๒๘๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๒๔๑๔๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๖ E-mail :mertthailand@gmail.com , ieip.dms@gmail.com ๒. นางรจนา บำรุงศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๒๗๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๐๐๖๓๔๕๙ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๖ E-mail : rojana.b@yahoo.com ๓. นางพรทิพภา ชัยเนตราภรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๒๗๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๒๒๖๘๕๕ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๖ E-mail : porntippa_c@yahoo.com

หัวข้อ ๒.๙ Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัด อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (๒๘ ต่อประชากรแสนคน)

สถานการณ์

๑. ทุกเขตสุขภาพมีระบบ STEMI Fast Track มีบริการสวนหัวใจใน รพศ.ในทุกเครือข่าย

๒. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

๓. ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) หรือการทำบอลลูนขยายหลอดเลือด (Primary percutaneous coronary intervention (PPCI) ค่าเฉลี่ยโดยรวมทำได้ร้อยละ ๗๘.๒๗ ในปี๒๕๕๘ และร้อยละ ๘๓ ในปี ๒๕๕๙ และผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด (≥ ร้อยละ ๗๕) ๑๑ เขต คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๗

๔. ผู้ป่วย STEMI มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลประมาณ ๑๐%

๕. รพ.ตั้งแต่ F๒ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ ๕๔.๒๙ ในปี๒๕๕๗ ร้อยละ ๗๕.๙๓ในปี๒๕๕๘ และร้อยละ ๑๐๐ ในปี๒๕๕๙

ประเด็นการตรวจราชการ : ๑. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๘/แสนประชากร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	๑. ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน	จำนวน ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ ๘๐
	๒. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ให้รักษาโดยการทำบอลลูนหรือการผ่าตัด By pass โดยลดเวลาระยะเวลารอการทำ	จำนวน ระยะเวลารอคอย (วัน สัปดาห์ เดือน ปี)	ไม่เกิน ๓ เดือน
	๓. มีข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยดูสาเหตุการตายจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์	จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวนประชากรกลางปี	ไม่เกิน ๒๘/แสนประชากร
	๔. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตามโปรแกรม	มีหรือไม่ จำนวนเท่าไร	มี ยอดจำนวน
	๕. ในรายที่เป็นโรคแล้ว ให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ	✓	✓
	๖. ให้การศึกษากับผู้ป่วย และญาติ เรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการดูแลตนเอง	มีสื่อวีดีทัศน์	มี

ประเด็นการตรวจราชการ : ๒. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปมีการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด(Fibrinolytic Drug) ในผู้ป่วย STEMI

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	หมายเหตุ
๑. พัฒนาขีดความสามารถและขยายการบริการการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ๒. เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหัวใจให้รวดเร็ว ได้มาตรฐานและเป็นธรรม (๑. รพ.ระดับ F๒ มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด SK ได้จริง ร้อยละ ๑๐๐ ๒. อัตราผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือดหรือบอลลูนขยายเส้นเลือดมากกว่าร้อยละ ๘๐ ๓. มี รพ.ที่สวนหัวใจ/ทำผ่าตัดหัวใจ CABG ได้ในทุกเขตบริการ ๔. รพ.ระดับ A-S ทุกเขตอย่างน้อย ๑ โรงพยาบาลสามารถทำ Primary PCI ๒๔/๗ ได้ในผู้ป่วย STEMI)	**๑.** มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน (๒๔/๗)โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ	มี CPG ระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วย	มี CPG และนำไปใช้จริงและมีแนวทางการรับส่งต่อที่ชัดเจน	: ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase หรือ TNK ต้องให้ภายใน ๑๒ ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยมีอาการ
	๒. มีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมสามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลชุมชน(๒๔/๗)	จำนวน Stock ยา	จำนวน Stock ยา	ต้องมี
	๓. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงโดยมีจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยา	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยา	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยา	**ต้องมี**
	๔. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมงเช่นกัน(๒๔/๗)	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรม BLS & ACLS รถพยาบาลที่มีความพร้อม	บุคลากรที่ต้องไปส่งผู้ป่วยโดยรถพยาบาลต้องผ่านการอบรม BLS & ACLS รถพยาบาลที่มีความพร้อมด้านอุปกรณ์	ควรมี

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๔๕. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ**
คำนิยาม	**อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจหมายถึง** จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ =I๒๐-I๒๕)ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น **เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) คือ**ลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ ๑๐ เปรียบเทียบกับbaseline ในปี ๒๕๕๕ โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี ๒๕๖๔

เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ ๑๐ ในระยะ ๕ ปี

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๒๘	๒๗	๒๖	๒๕	๒๔

วัตถุประสงค์	ในปี ๒๕๕๗ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ๕๘,๖๘๑ คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๗ คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ ๙๐.๓๔ ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน ๑๘,๐๗๙ คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ ๒ คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ ๒๗.๘๓ ต่อแสนประชากร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ(รหัส ICD-๑๐ =I๒๐-I๒๕)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐,๐๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส๔

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
-	-	-	๒๘

ปี ๒๕๖๑:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
-	-	-	๒๗

ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
-	-	-	๒๖

<table>
<tr><td colspan="4">ปี ๒๕๖๓:</td></tr>
<tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙เดือน</td><td>รอบ ๑๒เดือน</td></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>๒๕</td></tr>
<tr><td colspan="4">ปี ๒๕๖๔:</td></tr>
<tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙เดือน</td><td>รอบ ๑๒เดือน</td></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>๒๔</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td colspan="3">วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์จากข้อมูลเบื้องตนของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td colspan="3">สถิติสาธารณสุข ๒๕๕๗</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td colspan="3">
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๗</td><td>๒๕๕๘</td><td>๒๕๕๙</td></tr>
<tr><td>๒๖.๙ (๒๕๕๖)</td><td>ต่อประชากรแสนคน</td><td>๒๗.๘</td><td>๒๘.๖</td><td>-</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td colspan="3">๑. นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๑๙๙๙๙ ต่อ ๓๐๙๒๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๓๔๘๔๒๓๖
โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๙๙๗๒ E-mail : k_hm๒๐๐๐@yahoo.com
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
๒. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๓๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔
โทรสาร :๐๒-๙๖๕๙๘๕๑ E-mail : pattarawin@gmail.com
กรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td colspan="3">๑. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๓๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔
โทรสาร : ๐๒-๙๖๕๙๘๕๑ E-mail : pattarawin@gmail.com
กรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td colspan="3">๑. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๓๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔
โทรสาร :๐๒-๙๖๕๙๘๕๑ E-mail : pattarawin@gmail.com
กรมการแพทย์
๒. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๓๕๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๙๕๙๔๔๙๙
โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๙ E-mail : moeva_dms@yahoo.com
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์</td></tr>
</table>

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๔๔. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMIหมายถึง** กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) **รพ.ในระดับ F๒ หมายถึง** โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง ๓๐ –๙๐ เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม ๒–๕ คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ **Fibrinolytic drug หมายถึง** ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น **กลวิธีดำเนินงาน** ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ รพ.ในตั้งแต่ระดับ F๒ ทุกแห่ง ให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ มียาใช้ได้ตลอดเวลา และไม่เก็บไว้จนยาหมดอายุ

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

วัตถุประสงค์	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ F๒ และ F๒ ขึ้นไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F๒และ F๒ ขึ้นไปทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F๒และ F๒ ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จากทุกเขตบริการ
แหล่งข้อมูล	จากทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A= รพ.ระดับ F๒ ในเขตที่และ F๒ ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ในเขตบริการนั้น
รายการข้อมูล ๒	B= รพ. ระดับ F๒ และ F๒ ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน
ปี ๒๕๖๐:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
-	๘๐	-	๑๐๐

ปี ๒๕๖๑:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
-	๑๐๐	-	๑๐๐

ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
-	๑๐๐	-	๑๐๐

ปี ๒๕๖๓:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
-	๑๐๐	-	๑๐๐

ปี ๒๕๖๔:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
-	๑๐๐	-	๑๐๐

วิธีการประเมินผล :

๑. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน

๒. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน

๓. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงและมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI

๔. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน

หมายเหตุ ; ต้องมีข้อ๑-๓

เอกสารสนับสนุน : รายงานจากทุกเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๗๕.๙๓	ร้อยละ	๕๔.๒๙	๗๕.๙๓	๑๐๐

ที่มาข้อมูล : สำนักบริหารการสาธารณสุขและกรมการแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๑๙๙๙๙ ต่อ ๓๐๙๒๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๓๔๘๔๒๓๖
โทรสาร :๐๒-๕๙๑๙๙๗๒ E-mail :kk_hm๒๐๐๐@yahoo.com
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

๑.นางกนกพร แจ่มสมบูรณ์ รองผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๑๙๙๙๙ ต่อ ๓๐๙๐๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๑๓๑๙๓๗
โทรสาร :๐๒-๕๔๗๐๙๐๗ E-mail :j_kanokpon@hotmail.com
กรมการแพทย์

๒. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๓๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔
โทรสาร :๐๒-๙๖๕๙๘๕๑ E-mail :pattarawin@gmail.com
กรมการแพทย์

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

๑. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๓๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔
โทรสาร :๐๒-๙๖๕๙๘๕๑ E-mail :pattarawin@gmail.com
กรมการแพทย์

๒. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๓๕๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๙๕๙๔๔๙๙
โทรสาร :๐๒-๕๙๑๘๒๗๙ E-mail :moeva_dms@yahoo.com
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์

หัวข้อ ๒.๑๐ Service Plan สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาของมะเร็ง ๕ อันดับแรก (มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก)

สถานการณ์

จากรายงานการตรวจราชการ ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง จำแนกรายเขต ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบว่า

รายการ ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	เขตสุขภาพ											
	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	๘๖.๔๔	๗๒.๒๖	๖๒.๓๒	๘๖.๐๙	๘๗.๐๕	๖๗.๔๖	๗๘.๘๓	๙๒.๔๔	๗๙.๓๔	๘๙.๖๗	๗๘.๔๗	๖๕.๕๔
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๘๙.๑๖	๘๕.๒๗	๗๘.๐๑	๗๙.๔๑	๘๑.๒๔	๔๗.๕๖	๙๐.๔๗	๙๒.๗๕	๙๓.๘๕	๙๓.๔๙	๘๓.๒๓	๕๙.๕๗
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๘๘.๖๑	๗๗.๙๙	๔๒.๒๘	๗๖.๐๔	๕๓.๙๑	๖๓.๔๖	๕๓.๕๘	๕๔.๐๗	๖๕.๗๙	๘๗.๓๐	๖๒.๒๙	ส่งต่อ มอ.

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

การรักษาแบบหวังผลการรักษาหายขาดในเวลาที่เหมาะสม สามารถลดจำนวนผู้ป่วยสะสมและลดการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service Outcome)

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ๘๐% (ปี ๒๕๖๐)
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐% (ปี ๒๕๖๐)
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐% (ปี ๒๕๖๐)

ปรับเกณฑ์ตามลำดับถึง ≥๘๕% ในปี ๒๕๖๔

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๕

มาตรการสำคัญ

๑. ลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม

๑.๑ การคัดกรอง (Screening) เพื่อค้นหา Precancerous lesion (ระยะก่อนเป็นโรคมะเร็ง)

๑.๒ การตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early Detection) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

๒. บริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคอื่นๆอย่างเหมาะสม
๓. พัฒนาศักยภาพในการให้ยาเคมีบำบัดมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยศัลยแพทย์
๔. พัฒนาศักยภาพ และการบริหารจัดการศูนย์รังสีรักษาในเขตสุขภาพ
๕. พัฒนาระบบสารสนเทศการส่งต่อและติดตามผู้ป่วย

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก
ได้แก่ มะเร็งตับ (C๒๒๐-C๒๒๙) มะเร็งปอด (C๓๔๐-C๓๔๙) มะเร็งเต้านม (C๕๐๐-C๕๐๙)
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘๐-C๒๐๙) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓๐-C๕๓๙)

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑ ด้านการผ่าตัด			
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	๑. บริหารจัดการการส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง ๒. บริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับโรคอื่นๆอย่างเหมาะสม	ตรวจติดตามคิวการผ่าตัดมะเร็ง ๕ โรค (โดยการตรวจราชการกรณีปกติทุก ๖ เดือน)	ปี ๒๕๖๐ ≥ ๘๐% และเพิ่มขึ้นถึง๘๕% ในปี ๒๕๖๔ ตามลำดับ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒ ด้านเคมีบำบัด			
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๑.ส่งศัลยแพทย์เข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการให้ยาเคมีบำบัดมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ๒. เพิ่มอัตรากำลังแพทย์ พยาบาล เภสัชกรด้านเคมีบำบัด	ตรวจติดตามคิวการให้ยาเคมีบำบัด มะเร็ง ๕ โรค (โดยการตรวจราชการกรณีปกติทุก ๖ เดือน)	ปี ๒๕๖๐ ≥ ๘๐% และเพิ่มขึ้นถึง ๘๕% ในปี ๒๕๖๔ ตามลำดับ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓ ด้านรังสีรักษา			
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๑.บริหารจัดการเครื่องฉายรังสีเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างเหมาะสม ๒. เพิ่มอัตรากำลัง แพทย์ นักฟิสิกส์การแพทย์ และนักรังสีการแพทย์ ให้พร้อมต่อการขยายบริการ	ตรวจติดตามคิวการฉายรังสี มะเร็ง๕ โรค (โดยการตรวจราชการกรณีปกติทุก ๖ เดือน)	ปี ๒๕๖๐ ≥ ๘๐% และเพิ่มขึ้นถึง ๘๕% ในปี ๒๕๖๔ ตามลำดับ

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๔๖. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก** ได้แก่ มะเร็งตับ (C๒๒๐-C๒๒๙) มะเร็งปอด (C๓๔๐-C๓๔๙) มะเร็งเต้านม (C๕๐๐-C๕๐๙) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘๐-C๒๐๙) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓๐-C๕๓๙)
คำนิยาม	**๑) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัดหมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (๒๘ วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็งเป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อการพัฒนาระบบการส่งต่อ **๒) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก(การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น และ ผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ๑.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ๓) **ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาหมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น และ ผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ๑.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด **หมายเหตุ** การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ๕ โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

เกณฑ์เป้าหมาย:

๑.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥๘๕%

๒.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥๘๕%

๓.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥๘๕%

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๕

วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด ๒. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด ๓. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา ๒. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษาได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C)รังสีรักษา(R)ตามเกณฑ์ที่กำหนด ๓. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่ ๓.๑ วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์(Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ ๓.๒ วันที่ผ่าตัด (Operation_date)เพื่อการรักษา ๓.๓ วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย ๓.๔ วันที่ฉายรังสีวันแรกและ วันที่ฉายรังสีวันสุดท้าย **กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ** ๓.๕ วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง
แหล่งข้อมูล	จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล) หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
๑.นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	Tel ๐๒-๒๐๒๖๘๘๘ ต่อ ๑๕๐๑ Mobile ๐๘๑-๘๑๓๐๑๒๓ e-mail : armohmy@yahoo.com	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
๒.นพ.อาคม ชัยวีระวัฒนะ	รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	Tel ๐๒-๒๐๒๖๘๘๘ ต่อ ๑๕๕๕ Mobile ๐๘๑-๕๖๗๓๘๒๓ e-mail :arkom๗๐@hotmail.com	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

หัวข้อ ๒.๑๑ Service Plan สาขา โรคไต

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m๒/yr (≥ ร้อยละ ๖๕)

สถานการณ์/สภาพปัญหาสำคัญ(ภาพรวม/รายเขต)

โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทยพบ ๑๗.๕ % (๘.๕ ล้านคน) แนวโน้มความชุกของผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีบำบัดทดแทนไต (RRT) เพิ่มขึ้นปีละ ๑๕-๒๐% สาเหตุสำคัญของโรค CKD คือ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรค CKD ระยะที่ ๑-๓ ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วย ๙๔% ขาดความตระหนักจนกลายเป็น CKD ระยะที่ ๔-๕ และ End Stage Renal Disease : ESRD ที่ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไต (RRT) ซึ่งเป็นภาระทั้งผู้ป่วยและรัฐ ในประเทศไทยมีผู้ป่วย ESRD รับการรักษาด้วย RRT ประมาณ ๗๐,๐๐๐ คน ใช้งบประมาณปีละมากกว่า ๑ หมื่นล้านบาทต่อปีและเพิ่มขึ้นทุกปี ที่สิ้นปีงบฯ ๒๕๕๙

๑) มีคลินิกชะลอไตเสื่อมครบ ๑๐๐% ใน รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป (รวม ๗๙๗ โรงพยาบาล) และสามารถตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ได้ประมาณ ๙๐% ใน รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป

๒)๖๘.๕% (๓,๖๖๘,๖๐๒ คน) ของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

๓)๖๔.๒% (๓๙๘,๑๘๖ คน) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถชะลอความเสื่อมไตได้สำเร็จ

๔) มีการอบรมบุคลากรสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกชะลอไตเสื่อมแล้วทั้ง ๑๓ เขตสุขภาพ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Health Outcome)ที่สิ้นปีงบ ๒๕๖๐

ผู้ป่วย CKD ≥ ๖๕% มีการชะลอไตเสื่อมได้สำเร็จ(ประเมินผลในการตรวจราชการรอบที่ ๒ แหล่งข้อมูล : HDC กระทรวง สธ.)(สำเร็จ คือ อัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓ $m^{๒}$/yr)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Service Outcome)ที่สิ้นปีงบ ๒๕๖๐

๑) ในแต่ละเขตมีบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ≥๕๐% ใน รพ.ระดับ F๓

๒) รพ.ระดับ M๒, F๑, F๒ ≥๕๐% ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ โดยผ่านเกณฑ์หมายถึงได้คะแนนรวมจากการประเมิน ≥ ๗๐ จาก ๑๐๐ คะแนน (ส่วนที่ ๑ : กระบวนการพัฒนาคุณภาพคะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน, ส่วนที่ ๒ : ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการคะแนนเต็ม ๕๐ คะแนนรวม ๒ ส่วน ๑๐๐ คะแนน)

๓) มีการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ๑๐๐% ใน รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป

๔) ผู้ป่วย DM, HT ได้รับการค้นหาและคัดกรอง CKD ≥๘๐% (แหล่งข้อมูล : HDC กระทรวง สธ.)

มาตรการสำคัญ

๑) การขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม และ พัฒนาทีมสหวิชาชีพใน รพ.ระดับ F๓

๒) การประเมินและพัฒนาคุณภาพคลินิกชะลอไตเสื่อม ใน รพ.ระดับ M๒, F๑, F๒(ใช้เกณฑ์และกระบวนการประเมินร่วมกันกับการประเมิน NCD Clinic Plus)

๓) ผลักดันการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ๑๐๐% ใน รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป

๔) พัฒนา อาสาสมัครครอบครัว

๕) พัฒนาระบบ palliative care สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

๖) การขยายบริการ PD ใน รพ.ระดับ M๒/F๑
๗) วางมาตรการและสร้างเครือข่ายการควบคุมคุณภาพหน่วย HD และ PD
๘) พัฒนาศูนย์ vascular access for HD ในระดับเขต
๙) พัฒนาระบบฐานข้อมูล HDC ให้มีความถูกต้องมากขึ้น

การพัฒนาระบบสุขภาพตาม ๖ building box+

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
มีบริการ CKD clinic ๑๐๐% ใน รพ.ระดับ A, S, M๑,M๒, F๑, F๒และ และ ๕๐% ใน F๓ บูรณาการการทำงาน NCD-CKD clinic เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับ รพ.ระดับที่สูงและต่ำกว่า ในระดับชุมชนเชื่อมโยงกับ DHS และตำบลจัดการสุขภาพ	มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย CKD ที่เชื่อมเข้าสู่ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และ HDC กระทรวง ครบทุกจังหวัด และสามารถนำมาใช้ M&E	มีแพทย์อายุรศาสตร์โรคไตครบทุกจังหวัด, มีกุมารแพทย์โรคไตครบทุกเขต, พัฒนา case manager และสหสาขา (แพทย์, พยาบาล,เภสัชกร,ผู้ปฏิบัติหน้าที่นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร, ผู้ปฏิบัติหน้าที่นักกายภาพบำบัดในทุก CKD clinic	บูรณาการงบ SP เขต งบ สปสช. (งบสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการ, กองทุนโรคไต, กองทุนโรคเรื้อรัง, family care team, งบจัดสรรให้ อบท.) และงบจากกรมวิชาการ	ผลักดันให้มีการตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ครบทุก รพ.	การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ	เชื่อมโยงกับ DSH และตำบลจัดการสุขภาพ
มีบริการ PD และ HD ครบ ๑๐๐% ใน รพ.ระดับ M๑ ขึ้นไป	ฐานข้อมูล ตรต. และ TRT สมาคมโรคไตฯ	HD nurse : RN : Pt = ๑:๑:๔ PD nurse : Pt = ๑:๕๐	บูรณาการ งบ SP เขต งบ สปสช (กองทุนโรคไต,กองทุนโรคเรื้อรัง, family care	Hemodialysis machine และระบบทำน้ำบริสุทธิ์	การควบคุมคุณภาพศูนย์ HD, PD	

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
และ มีการขยายเครือข่ายบริการ PD ใน รพ. ระดับ M๒/F๑ โดยมี รพ. ระดับสูงกว่าเป็นพี่เลี้ยง			team, งบจัดสรรให้ อปท.) และงบจากกรมวิชาการ			

ประเด็นการตรวจราชการ (รอบที่ ๑ ปีงบ ๒๕๖๐)

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑.การคัดกรองโรคไต			
ผู้ป่วย DM, HT ได้รับการค้นหาและคัดกรอง CKD	ทำการตรวจ ๑)serum creatinineและคำนวณเป็น eGFR ๒)Urine protein ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง -ตรวจทั้ง ๑) และ ๒) จึงจะถือว่าผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง -ใช้ค่าการรายงานผลตามที่ปรากฏในระบบ HDC เป็นหลัก	-ติดตามผลสำเร็จของการคัดกรอง -สอบถามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ	-ที่สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๐ควรมีการตรวจคัดกรองได้ ≥๔๐% -ที่สิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ควรมีการตรวจคัดกรองได้ ≥๘๐% (แหล่งข้อมูล : HDC กระทรวง สธ.)
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒.การดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม			
ขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ใน รพ. ระดับ F๓	-การกำหนด รพ. F๓ เป้าหมาย -การพัฒนาสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน -จัดหาครุภัณฑ์ และ สถานที่	-ขอดูรายชื่อ รพ.F๓ เป้าหมาย -ติดตามผลสำเร็จในการจัดบริการ -สอบถามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ	ที่สิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ -ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓ m๒/yr>๖๕% (แหล่งข้อมูล :HDC กระทรวง สธ.)
รพ.ระดับ M๒, F๑, F๒>๕๐% ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ	-มีการจัดอบรมการประเมินผลโดยส่วนกลาง (กรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมการแพทย์) -ในการตรวจราชการรอบแรกให้นำผลการประเมินเฉพาะส่วนการ	-ติดตามกระบวนการและผลการประเมิน -ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อแนะนำในการดำเนินงาน	

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (๕๐ คะแนนแรก) มาใช้ประกอบการตรวจราชการ -วิเคราะห์ GAP ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ		-รพ.ระดับ M๒, F๑, F๒>๕๐% ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ (ผ่านเกณฑ์หมายถึง≥ ๗๐ จาก ๑๐๐ คะแนน) -มีบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ใน รพ.ระดับ F๓≥๕๐% ในแต่ละเขต

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์สำนัก/กอง รพ.ราชวิถี

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ นามสกุล	ตำแหน่ง / หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นพ.สกานต์ บุนนาค	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนัก/กอง รพ.ราชวิถี	Mobile ๐๘๐-๔๕๓๑๑๑๐ e-mail sakarnbunnag@yahoo.com	

รายละเอียดตัวชี้วัด

๑) ความสำเร็จของการชะลอไตเสื่อม

หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๔๙. ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m^2/yr**
คำนิยาม	-eGFRหมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serum creatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI -ผู้ป่วย CKD จะเก็บข้อเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ ๓-๔ เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N๑๘๓-๑๘๔, (N๑๘๙ ที่มี ๖๐ >eGFR ≥๑๕) หรือ ((E๑๐๒, E๑๑๒, E๑๒๒, E๑๓๒, E๑๔๒ หรือ I๑๒*, I๑๓*, I๑๕๑) ที่มี ๖๐ >eGFR ≥ ๑๕) และมีการตรวจคำนวณ eGFR (LABTEST ๑๕) ≥ ๒ ค่า หากมีค่า eGFR๑ ค่าใน ๑ ปี จะไม่ประเมิน KPI ข้อนี้ และ สัญชาติไทย (File PERSON: สัญชาติไทยรหัส ๐๙๙) เท่านั้น

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
≥๖๕%	≥๖๖%	≥๖๗%	≥๖๘%	≥๖๙%

วัตถุประสงค์	เพื่อชะลอความเสื่อมไต ในผู้ป่วย CKD
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย CKD ระยะที่ ๓ และ ๔
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- เก็บทันที (real time แบบอัตโนมัติจากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม) (ใช้ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก) -การคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR ต้องมี creatinine ≥ ๒ ค่า ในปีงบประมาณนั้นๆ - หน่วยที่ใช้ในการวัด เป็นร้อยละ
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A: จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< ๔ ml/min/๑.๗๓ m^2/yr x ๑๐๐
รายการข้อมูล ๒	B: จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	Ax๑๐๐/B
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกสิ้นปีงบประมาณ

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m^{๒}/yr≥๖๕%

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m^{๒}/yr≥๖๖%

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m^{๒}/yr≥๖๗%

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ l/min/๑.๗๓m^{๒}/yr≥๖๘%

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m^{๒}/yr≥๖๙%

วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template
เอกสารสนับสนุน :	ผลการปฏิบัติงาน CKD คลินิกของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๗</th><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th></tr>
<tr><td>-
(ระบบเก็บข้อมูลเริ่มปี ๒๕๕๙)</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>๖๔.๒</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑. นพ.สกานต์ บุนนาค รพ.ราชวิถี
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๐-๔๕๓๑๑๑๐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๒๐๖๒๙๐๐
โทรสาร: ๐๒-๓๕๔๘๑๘๘ E-mail :sakarnbunnag@yahoo.com
๒. นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย รพ.หาดใหญ่
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๖๗๓๐๙๑๕ E-mail :kcharoen๐๐๗@hotmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>อนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต ด้านระบบข้อมูล</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>๑. พญ.วรรณิยา มีนุ่นรพ.ราชวิถี
โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘-๒๗๐๒๐๙๑โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๒๐๖๒๙๐๐
โทรสาร :๐๒-๓๕๔๘๑๘๘ E-mail :wanniya_meenune@yahoo.com</td></tr>
</table>

หัวข้อ ๒.๑๒ Service Plan สาขาจักษุ

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (≥ร้อยละ ๘๐)

สถานการณ์

จากการสำรวจพบว่าประชากรไทยมีความชุกของภาวะตาบอด ๐.๕๙% สายตาเลือนราง ๑.๕๗% สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดคือต้อกระจก (๕๑%) ต้อหิน (๙.๘%) ภาวะตาบอดในเด็ก (๕.๗%) เบาหวานเข้าจอตา (๒.๕%) กระจกตาขุ่น (๒.๐%) ทั้งนี้ร้อยละ ๘๐ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตั้งเป้าหมายการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐% ภายในปีพ.ศ. ๒๕๖๓ เป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา คือการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐% เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการใน ๕ โรคหลักคือ ต้อกระจก จอตา (เน้นเบาหวาน และ ROP) ตาบอดในเด็ก ต้อหิน กระจกตาขุ่น ลดระยะเวลารอคอยและลดการส่งต่อออกนอกเขต

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Service Outcome)

๑. ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา

๒. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Health Outcome)

ผลการสำรวจภาวะตาบอดและสายตาเลือนรางระดับชาติครั้งที่ ๕ ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑ (๕th National Survey of Blindness and Visual Impairment (๒๐๑๗-๒๐๑๘))

ประเด็นการตรวจราชการ : ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๑. เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดป้องกันหรือรักษาได้โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด ๒. สร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต	๑. พัฒนาระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยตอกระจกเนนผาตัดตอกระจกชนิดบอดในผู้สูงอายุ ๒. พัฒนาระบบสารสนเทศ vision๒๐๒๐ ๓. พัฒนาระบบ VISA ผาตัด ๔. คัดกรองเบาหวานเข้าจอตา และรักษา ๕. คัดกรองสายตาในนักเรียน ป.๑ และสนับสนุนแวนตาชิ้นแรก ๖. เรงรัดการจัดหาและผาตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal Transplant)	๑. โครงการสาธารณสุขรวมใจมอบโลกสดใสเทิดไทองคราชัน ๒. โครงการเด็กไทยสายตาดี ๓. โครงการดวงตาสดใส เทิดไท ๘๔ พรรษามหาราชินี	๑. ความชุกตาบอดน้อยกว่า ๐.๕% ภายใน ค.ศ. ๒๐๒๐ ๒. ๘๐% ของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอตา และรักษาอย่างเหมาะสมทันเวลา ๓. ๑๐๐% ของเด็ก ป.๑ ได้รับคัดกรองสายตา และเมื่อจำเป็นได้รับแว่นที่เหมาะสม ๔. มีการผาตัดเปลี่ยนกระจกตาเพิ่มขึ้นจาก ๘๐๐ →๑,๖๘๐ ตา ตอป (๘,๔๐๐ ใน ๕ ป)

การพัฒนาระบบสุขภาพตาม ๖ building box+

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
-คัดกรองใน รพ.M๒, F๑, F๒, F๓, P -ผ่าตัดในรพ A, S, M๑	-พัฒนาระบบ vision๒๐๒๐ thailand	-เพิ่มศักยภาพบุคลากรทุกระดับ	-งบประมาณงบบำรุง -ปรับเปลี่ยนระบบเบิกจ่ายที่จูงใจการผ่าตัด Blinding Cataract	-ครุภัณฑ์และอุปกรณ์เพื่อรองรับการขยายศูนย์ แพทย์เฉพาะทางจักษุวิทยา (Comprehensive Eye Center)	-คณะกรรมการ Service Plan แต่ละระดับ -แยกกลุ่มผู้คัดกรองออก จากผู้ผ่าตัด	-สร้างความเข้มแข็งระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยโรคตาในชุมชน

รายละเอียดตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา**
คำนิยาม	**การคัดกรองสายตาในกลุ่มประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป**

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๗๕%	๗๕%	๗๕%	๗๕%	๗๕%

.

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืนด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการลดระยะเวลารอคอยและลดการส่งต่อออกนอกเขต
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการคัดกรองสายตาในชุมชน
แหล่งข้อมูล	- โปรแกรม Vision๒๐๒๐thailand
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุ๖๐ ปีขึ้นไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A / B x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๒ ครั้ง

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๕๐%	๗๕%	๗๕%	๗๕%

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย **KPI Template**
เอกสารสนับสนุน :	vision๒๐๒๐thailand

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๗</th><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>๗๒.๓%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑. นพ.ภูวัต จารุกำเนิดกนก จักษุแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๔-๒๒๕๘๑๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๒๒๒๖๖๘
โทรสาร : ๐๓๔-๓๘๘๗๔๔ E-mail : drpuwat@yahoo.com
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>จากโปรแกรมVision๒๐๒๐thailand</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>๑. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๓๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔
โทรสาร : ๐๒-๙๖๕๙๘๕๑ E-mail : pattarawin@gmail.com
กรมการแพทย์
๒. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๓๕๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๙๕๙๔๔๙๙
โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๙ E-mail : moeva_dms@yahoo.com
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ</td><td>ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแย่กว่า ๒๐/๔๐๐</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ ๖๐</th><th>ปีงบประมาณ ๖๑</th><th>ปีงบประมาณ ๖๒</th><th>ปีงบประมาณ ๖๓</th><th>ปีงบประมาณ ๖๔</th></tr>
<tr><td>๘๐%</td><td>๘๐%</td><td>๘๐%</td><td>๘๐%</td><td>๘๐%</td></tr>
</table>
.</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืนด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการลดระยะเวลารอคอยและลดการส่งต่อออกนอกเขต</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดย จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>ทีมจักษุที่ทำการผ่าตัดต้อกระจกบันทึกลงในโปรแกรม Vision๒๐๒๐thailand ทุกราย และนำมาคำนวณเป็นร้อยละ</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>โปรแกรม Vision๒๐๒๐thailand</td></tr>
</table>

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A / B x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๒ ครั้ง

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๘๐%	๘๐%	๘๐%	๘๐%

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย **KPI Template**
เอกสารสนับสนุน :	vision๒๐๒๐thailand

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
				๘๐.๕%

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. นพ.ภูวัต จารุกำเนิดกนก จักษุแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๔-๒๒๕๘๑๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๒๒๒๖๖๘
โทรสาร : ๐๓๔-๓๘๘๗๔๔ E-mail : drpuwat@yahoo.com
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

จากโปรแกรมVision๒๐๒๐thailand

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

๑. นพ.ภัทรวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๓๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๕๗๓๓๔
โทรสาร : ๐๒-๙๖๕๙๘๕๑ E-mail : pattarawin@gmail.com
กรมการแพทย์

	๒. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๖๓๕๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๙๕๙๔๔๙๙ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๙ E-mail : moeva_dms@yahoo.com **สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์**

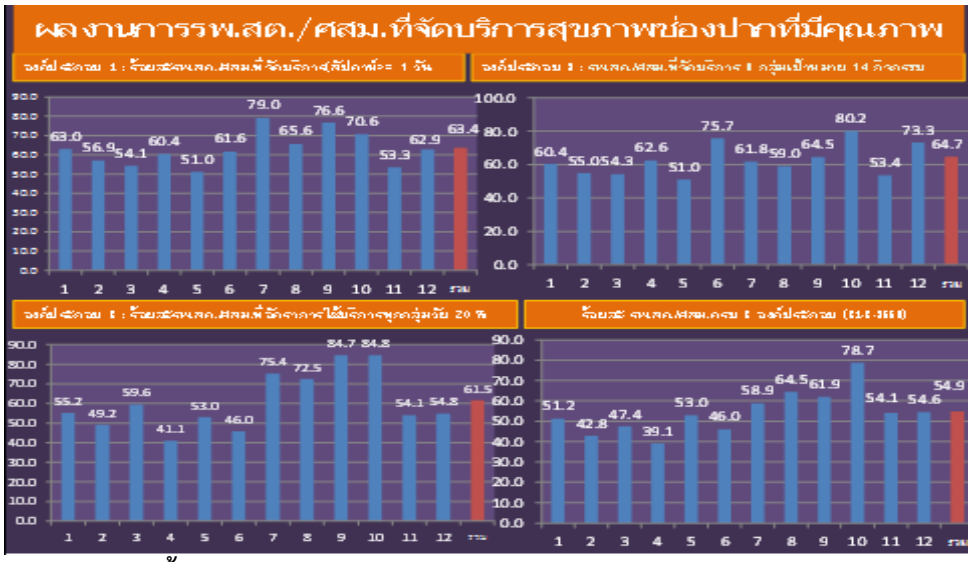
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
๑. นพ.ภูวัต จารุกำเนิดกนก	จักษุแพทย์โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๔-๒๒๕๘๑๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๒๒๒๖๖๘ โทรสาร : ๐๓๔-๓๘๘๗๔๔ E-mail : drpuwat@yahoo.com	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

หัวข้อ ๒.๑๓ Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก

สถานการณ์



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Health Outcome)

๑. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่ผุ (cavity free) **เป็น KPI ในคณะ ๑**

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Service Outcome)

๑. ร้อยละ๖๐ ของ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

๒. ร้อยละ๓๕ ของอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่

มาตรการสำคัญ

๑. พัฒนาหลักสูตรและจัดอบรมพัฒนาศักยภาพทันตแพทย์ และทันตาภิบาลในหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อรองรับระบบการบริหารจัดการ primary care cluster และสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.

๒. พัฒนาศักยภาพทันตาภิบาลในรพ.สต.เพื่อจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากระดับตำบล

๓. จัดเวทีและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการและการแก้ปัญหา

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑.การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ในหน่วยงานระดับปฐมภูมิ			
เพิ่มจำนวนรพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก	๑.จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ให้สอดคล้องกับนโยบายPCCและระบบสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.	รวบรวมจากรายงานจากระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข	รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	๒. การสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรม ผู้ช่วยงานทันตกรรม และ ปรับปรุงพื้นที่ให้บริการที่เหมาะสม		
	๓.บูรณาการงบประมาณจัดบริการสุขภาพช่องปากและการแก้ปัญหาในงบ OP และ งบ PP สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.		
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒.เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก			
เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ในสถานบริการทุกระดับ	๑. จัดทำแผนเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยงาน ๒. การสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรม ผู้ช่วยงานทันตกรรม และ ปรับปรุงพื้นที่ให้บริการที่เหมาะสม	รวบรวมจากรายงานจากระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข	ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น และลดคิวการนัดทำฟัน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข
กรมอนามัยศูนย์อนามัย

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ นามสกุล	ตำแหน่ง / หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ / e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
๑.ทพ.จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๔๑ Mobile.๐๘ ๙๕๒๕-๐๐๗๕ e-mail : jaru@health.moph.go.th	
๒. ทพญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๑๓ Mobile.๐๘ ๑๖๖๘-๓๔๑๒ e-mail : suneewong@gmail.com	

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑ ร้อยละของรพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ	
คำนิยาม	การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ ๑ การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ คือ การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม คือ ๑. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) ๑.๑ การตรวจสุขภาพช่องปาก ๑.๒ บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และplaque control ๑.๓ การให้บริการทันตกรรม เช่น ขูดหินน้ำลาย, อุดฟัน เป็นต้น ๒) คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) ๒.๑ การตรวจช่องปาก ๒.๒ การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ๒.๓ การทาฟลูออไรด์วานิชให้เด็กในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี ๓) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๓.๑ การตรวจสุขภาพช่องปาก ๓.๒ การทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๓.๓ การให้บริการทันตกรรมในเด็กอายุ ๓-๕ ปี ๔) โรงเรียนประถมศึกษา ๔.๑ การตรวจช่องปากเด็กอายุ ๖ ปี ๔.๒ การเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ ๑ ในเด็กอายุ ๖ ปี ๔.๓ การให้บริการทันตกรรมในเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ๕. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๕.๑ การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน ๖) กลุ่มผู้สูงอายุ ๖.๑ การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ ๒ จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรได้ตามเกณฑ์ร้อยละ ๒๐
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวน รพ.สต. และ ศสม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน รพ.สต. และ ศสม. ทั้งหมดเท่ากับ ๙,๙๙๓ แห่ง จำแนกเป็น จำนวน รพ.สต. เท่ากับ ๙,๗๕๘ แห่ง(ข้อมูล ๑๓ม.ค. ๒๕๕๙) และ จำนวน ศสม. เท่ากับ ๒๒๘ แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงานจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ผลงานบริการทันตกรรมจากระบบ ๔๓ แฟ้ม รายรพ.สต.และรายเครือข่ายบริการ(http://hdcservice.moph.go.th)

รายการข้อมูล ๑	จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากได้คุณภาพตามเกณฑ์ครบทั้ง ๒ องค์ประกอบ
รายการข้อมูล ๒	จำนวน รพ.สต. และ ศสม. ทั้งหมดเท่ากับ ๙,๙๙๓ แห่ง
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	รายการข้อมูล ๑ / รายการข้อมูล ๒ x ๑๐๐
ระดับการจัดเก็บข้อมูล	
หน่วยที่รายงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุข
ความถี่ในการจัดเก็บ	ตามรอบตรวจราชการปีละ ๒ ครั้ง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักบริหารการสาธารณสุข และ ศูนย์อนามัย กรมอนามัย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสาน/โทรศัพท์	๑. ทันตแพทย์จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ :๐๘ ๙๕๒๕-๐๐๗๕, ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๔๑ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๔ E-mail : jaru@health.moph.go.th ๒. ทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ :๐๘ ๑๖๖๘-๓๔๑๒, ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๑๓ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๐๓ E-mail : suneewong@gmail.com
หน่วยงานนำเข้าข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข
หน่วยงานนำเข้าข้อมูลส่วนกลาง/ชื่อผู้รับผิดชอบโทรศัพท์/โทรสาร	ทันตแพทย์จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ :๐๘ ๙๕๒๕-๐๐๗๕, ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๔๑ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๔E-mail : jaru@health.moph.go.th

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	**๒๕๕๘**	**๒๕๕๙**
ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพครบ ๒ องค์ประกอบ	ร้อยละ	๓๙.๒	๔๓.๖	๕๔.๙

ตัวชี้วัดย่อยที่ ๒ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่	
คำนิยาม	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากหมายถึงอัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากบริการรักษาทันตกรรมพื้นฐานบริการทันตกรรมเฉพาะทางและบริการฟื้นฟูสภาพช่องปากทั้งในหน่วยบริการและบริการเชิงรุกในชุมชนของประชาชนในพื้นที่
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ผลงานบริการทันตกรรมจากระบบ ๔๓ แฟ้ม รายเขตสุขภาพ และรายจังหวัด http://hdcservice.moph.go.th)
รายการข้อมูล ๑	จำนวนคนใหม่ที่รับบริการสุขภาพช่องปากในรอบปี(คนต่อสถานบริการ)
รายการข้อมูล ๒	ประชากรในพื้นที่
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	รายการข้อมูล ๑ / รายการข้อมูล ๒ x ๑๐๐
ระดับการจัดเก็บข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข
หน่วยที่รายงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุข
ความถี่ในการจัดเก็บ	ประมวลข้อมูลจากระบบ HDC รายไตรมาศ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักบริหารการสาธารณสุข และ ศูนย์อนามัย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสาน/โทรศัพท์	๑. ทันตแพทย์จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ :๐๘ ๙๕๒๕-๐๐๗๕, ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๔๑ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๔ E-mail : jaru@health.moph.go.th ๒. ทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ :๐๘ ๑๖๖๘-๓๔๑๒, ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๑๓ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๐๓ E-mail : suneewong@gmail.com
หน่วยงานนำเข้าข้อมูล	สำนักบริหารการสาธารณสุข
หน่วยงานนำเข้าข้อมูลส่วนกลาง/ชื่อผู้รับผิดชอบโทรศัพท์/โทรสาร	ทันตแพทย์จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ :๐๘ ๙๕๒๕-๐๐๗๕, ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๔๑ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๐ ๑ ๖๓๔ E-mail : jaru@health.moph.go.th

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

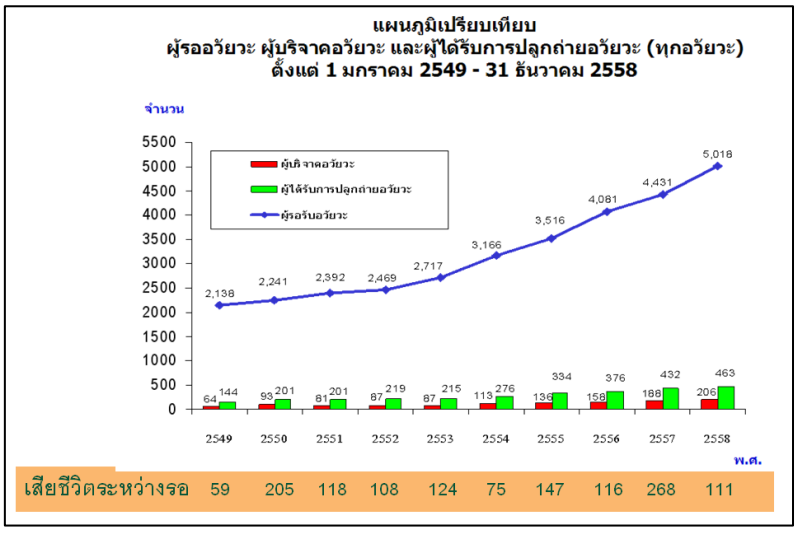
ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่	ร้อยละ	๑๕.๙	๒๓.๒	๒๘.๑

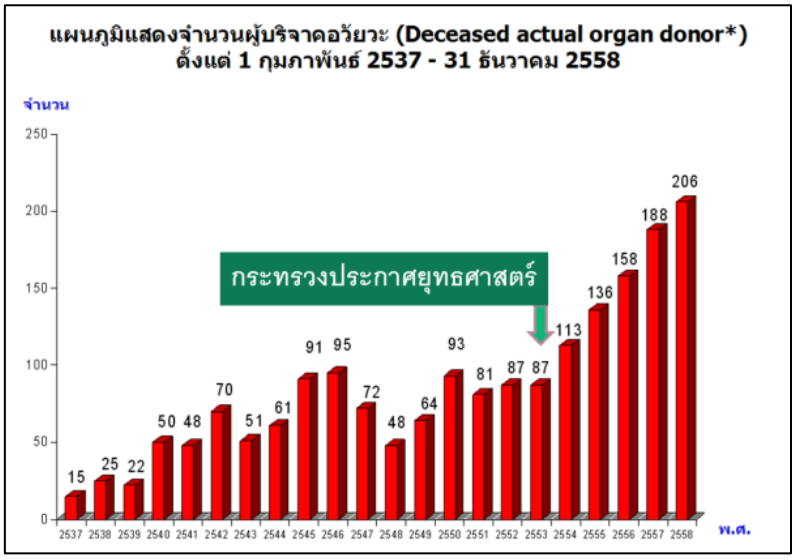
หัวข้อ ๒.๑๔ Service Plan สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัด ๓๐.จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ (๖๕๐ราย)

สถานการณ์

- การปลูกถ่ายอวัยวะเป็นทางรอดเดียวของผู้ป่วย หัวใจ ตับ ปอด วายระยะสุดท้าย แก้ความพิการเช่น ตาบอดจากกระจกตาเสีย สำหรับ CKD ระยะสุดท้าย ช่วยลดอัตราป่วย/ตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการทำ dialysis ให้กับผู้ป่วยและรัฐ (คุ้มค่ากว่าการทำ dialysis)
- ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะประมาณ ๕,๐๐๐ รายรอปลูกถ่ายกระจกตา ๑๑,๐๐๐ ราย
- มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรออวัยวะ ๑๐๐-๒๐๐ รายต่อปี
- การขาดแคลนอวัยวะบริจาคยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุด ซึ่งปัจจัยภายใน รพ. เกิดจากการไม่มีระบบแจ้ง potential donor การวินิจฉัยภาวะสมองตาย และ การดูแล resuscitate donor ที่ดี ส่วนปัจจัยภายนอก รพ.เกิดจาก ความเชื่อที่ผิดของประชาชนเช่นกลัวชาติหน้าอวัยวะไม่ครบ กลัวทำญาติเจ็บ เป็นต้น





เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Health Outcome)

- มีจำนวนการปลูกถ่ายไตในประเทศรวม ≥๖๕๐ ราย
- มีจำนวนการปลูกถ่ายกระจกตาในประเทศรวม ≥๑๖๐๐ ราย
- มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายในแต่ละ รพ. Donor เป้าหมาย ๓๘ แห่ง ≥๑ ราย : ๑๐๐ hospital death
- มีจำนวนผู้บริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิตในแต่ละ รพ. A และ S≥๕ ราย : ๑๐๐ hospital death

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Service Outcome)

- มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะและดวงตาใน รพศ. ครบทั้ง ๓๓ แห่ง

มาตรการสำคัญ

- จัดให้มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะและดวงตาใน รพศ. ทั้ง ๓๓ แห่งทั่วประเทศ (เพิ่ม รพศ.อีก ๔ แห่ง คือ รพ.อุตรดิตถ์ รพ.พุทธโสธร รพ.ตรัง และ รพ.ยะลา ซึ่งจะทำให้มี รพ. Donor center ในสังกัดกระทรวง สธ.รวม ๔๒ แห่ง)
- ขยายศูนย์ปลูกถ่ายไตใน รพ. ระดับ A ในเขต ๕ (รพ.ราชบุรี)
- อบรมการรับบริจาคและจัดเก็บดวงตาในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค
- อบรมเครือข่ายบริการรับบริจาคอวัยวะ ๒ ภาค
- พัฒนาหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ
- สื่อสารประชาสัมพันธ์ทั้งส่วนกลาง และ ลงในชุมชนโดยใช้ฐาน รพ. Donor ๔๒ แห่ง

การพัฒนาระบบสุขภาพตาม ๖ building box+

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
การรับบริจาคอวัยวะและดวงตา	-จำนวน potential donor ในแต่ละปี -จำนวน eligible donor ในแต่ละปี -จำนวน actual donor ในแต่ละปี -จำนวน utilized donor ในแต่ละปี	-แพทย์ที่ได้รับมอบหมายอย่างน้อย ๑ คน -วิสัญญีแพทย์อย่างน้อย ๑ คน -พยาบาลวิสัญญีอย่างน้อย ๑ คน -พยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ full time อย่างน้อย ๑ คน -ผู้จัดเก็บดวงตาอย่างน้อย ๑ คน	-เงินงบประมาณจากเขตและเงินบำรุงแต่ละ รพ. -เงินสนับสนุนการดูแล donor แก่ รพ.จากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย	-สามารถตรวจเลือดหา CBC, BUN, Cr, electrolyte, liver function test, blood gas, coagulogram, blood group, HIV, anti-HCV, HBsAg, VDRL -สามารถตรวจ urine exam -Lab hemo, urine and	-การวินิจฉัยภาวะสมองตายตามเกณฑ์แพทยสภา -การขอรับบริจาคอวัยวะหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายหรือเสียชีวิตแล้วเท่านั้น	Public awareness and public education

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
				sputum c/s -CXR -มี respirator -มี vital sign monitoring -มียา DDAVP และ inotropic drug		
การปลูกถ่ายไต	-จำนวนผู้ป่วยที่รอคิวปลูกถ่ายไตแต่ละปี -จำนวนผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตแต่ละปี -Graft survival rate -Patient survival rate	-แพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะอย่างน้อย ๒ คน -แพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือด (option) -วิสัญญีแพทย์อย่างน้อย ๒ คน -อายุรแพทย์โรคไต อย่างน้อย ๒ คน -รังสีแพทย์อย่างน้อย ๑ คน ที่ทำ doppler U/S renal vascular graft ได้ -จิตแพทย์อย่างน้อย ๑ คน -อายุรแพทย์ทางเดินอาหารอย่างน้อย ๑ คน -พยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะอย่างน้อย ๑ คน -พยาบาล OR	-เงินงบประมาณจากเขตและเงินบำรุงแต่ละ รพ. -ค่ารักษาจากกองทุนต่างทั้ง ๓ กองทุน	-สามารถตรวจเลือดหา CBC, BUN, Cr, electrolyte, liver function test, blood gas, coagulogram, blood group, HIV, anti-HCV, HBsAg, VDRL, ระดับยา CNI -สามารถตรวจ urine exam, urine protein -Lab hemo, urine and sputum c/s -CXR -Ecchocardiography -Cystoscope, Gastroscope and Colonoscope -CT-angiogram -Doppler ultrasound -มี respirator	การคัดเลือกผู้ป่วยรอรับไตบริจาคอย่างเป็นธรรม	

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
		-พยาบาลวิสัญญี -พยาบาล ICU และ ward		-มี vital sign monitoring -มียา inotropic drug และ IVIG -ICU -ห้องแยกโรค -Kidney biopsy -Hemodialysis unit -plasmapheresis		

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑.ระบบการรับบริจาคอวัยวะ			
มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายในแต่ละ รพ. Donor เป้าหมาย ๓๘ แห่ง	-จัดตั้งกรรมการศูนย์รับบริจาคอวัยวะ -ประชุมวางแผนการทำงานตามแนวทางคู่มือปฏิบัติงานการรับบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อกระทรวงสาธารณสุข -ดำเนินงานและติดตามประเมินผล	-ตรวจสอบการแต่งตั้งกรรมการ -ตรวจสอบว่ามีการมอบหมายแพทย์ผู้ใดเป็นหัวหน้าศูนย์รับบริจาคอวัยวะ -ตรวจสอบว่ามีพยาบาลประสานงานการรับบริจาคอวัยวะที่มีการกำหนดตัวชัดเจน -ตรวจสอบผลการดำเนินงานและ สอบถามปัญหา และอุปสรรค	มีผู้ป่วยสมองตายยินยอมบริจาคอวัยวะ (ไต ตับ หรือ หัวใจ/ปอด) ≥๑ ราย : ๑๐๐ hospital death
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒.ระบบการรับบริจาคดวงตา			
มีจำนวนผู้บริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิตในแต่ละ รพ. A และ S	-ประชุมวางแผนการทำงานตามแนวทางคู่มือปฏิบัติงานการรับบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อกระทรวงสาธารณสุข -ดำเนินงานและติดตามประเมินผล	-ตรวจสอบผลการดำเนินงานและ สอบถามปัญหา และอุปสรรค	มีผู้เสียชีวิตยินยอมบริจาคดวงตา ≥๕ ราย : ๑๐๐ hospital death

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์สำนัก/กอง รพ.ราชวิถี

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ นามสกุล	ตำแหน่ง / หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นพ.สกานต์ บุนนาค	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนัก/กอง รพ.ราชวิถี	Mobile ๐๘๐-๔๕๓๑๑๑๐ e-mail sakarnbunnag@yahoo.com	

เป้าหมายจำนวน organ donor ใน donor hospital ๓๘ แห่งของกระทรวงสาธารณสุข

เขต	**โรงพยาบาล**	**Hospital death ปีงบฯ ๒๕๕๘**	**เป้า organ donor (๑ donor : ๑๐๐ hospital death)**
๑	รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ (เชียงราย)**	๒,๐๔๐	๒๐
	รพ.ลำปาง	๑,๗๓๘	๑๗
	รพ.นครพิงค์ (เชียงใหม่)	๑,๓๐๑	๑๓
	รวม		๕๐
๒	รพ.พุทธชินราช (พิษณุโลก)**	๒,๑๐๙	๒๑
	รวม		๒๑
๓	รพ.สวรรค์ประชารักษ์ (นครสวรรค์)**	๒,๔๑๙	๒๔
	รวม		๒๔
๔	รพ.สระบุรี**	๑,๖๒๙	๑๖
	รพ.ปทุมธานี	๑,๑๙๓	๑๒
	รพ. พระนั่งเกล้า (นนทบุรี)	๑,๓๓๘	๑๓
	รพ. นครนายก	๕๙๑	๖
	รพ. พระนครศรีอยุธยา	๑,๔๙๘	๑๕
	รวม		๖๒
๕	รพ.ราชบุรี**	๑,๓๖๙	๑๔
	รพ.เจ้าพระยายมราช (สุพรรณบุรี)	๑,๐๔๘	๑๐
	รพ.พหลพลพยุหเสนา (กาญจนบุรี)	๑,๑๑๖	๑๑

เขต	โรงพยาบาล	Hospital death ปีงบฯ ๒๕๕๘	เป้า organ donor (๑ donor : ๑๐๐ hospital death)
	รพ.นครปฐม	๑,๖๔๑	๑๖
	รพ.สมุทรสาคร	๗๔๓	๗
	รวม		๕๘
๖	รพ.ชลบุรี**	๒,๔๕๘	๒๕
	รพ.ระยอง	๑,๕๓๔	๑๕
	รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร (ปราจีนบุรี)	๖๕๓	๗
	รพ.พระปกเกล้า (จันทบุรี)	๑,๓๖๑	๑๔
	รพ.สมุทรปราการ	๑,๔๐๒	๑๔
	รวม		๗๕
๗	รพ.ขอนแก่น**	๑,๔๐๓	๑๔
	รพ.ร้อยเอ็ด	๑,๓๑๙	๑๓
	รพ.มหาสารคาม	๗๘๓	๘
	รวม		๓๕
๘	รพ.อุดรธานี**	๑,๖๕๖	๑๗
	รพ.สกลนคร	๑,๒๒๕	๑๒
	รพ.หนองคาย	๔๑๔	๔
	รวม		๓๓
๙	รพ.มหาราชนครราชสีมา**	๕,๖๗๘	๕๗
	รพ.สุรินทร์	๑,๕๔๑	๑๕
	รพ.บุรีรัมย์	๑,๖๘๘	๑๗
	รพ.ชัยภูมิ	๑,๒๙๐	๑๓
	รวม		๑๐๒
๑๐	รพ.สรรพสิทธิประสงค์ (อุบลราชธานี)**	๒,๖๕๗	๒๗
	รวม		๒๗
๑๑	รพ.สุราษฎร์ธานี**	๑,๓๓๐	๑๓

เขต	โรงพยาบาล	Hospital death ปีงบฯ ๒๕๕๘	เป้า organ donor (๑ donor : ๑๐๐ hospital death)
	รพ.วชิระภูเก็ต	๕๗๒	๖
	รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช	๑,๕๒๒	๑๕
	รวม		๓๔
๑๒	รพ.หาดใหญ่ (จ. สงขลา)**	๑,๑๔๖	๑๑
	รวม		๑๑
๑๓	รพ.ราชวิถี**	๑,๓๔๓	๑๓
	รพ.นพรัตนราชธานี	๑,๑๐๘	๑๑
	รพ.เลิดสิน	๖๘๘	๗
	รวม		๓๑

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๕๒. จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ**
คำนิยาม	**การปลูกถ่ายไต หมายถึง** การปลูกถ่ายไตทั้งที่ได้รับไตบริจาคจากผู้ที่เสียชีวิต (deceased donor kidney transplant) และ ที่ได้รับไตบริจาคจากผู้ที่มีชีวิต (living donor kidney transplant)

เกณฑ์เป้าหมาย : ≥ ๖๐๐ ต่อปีในปีงบฯ ๒๕๖๐

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๖๕๐	๗๐๐	๘๐๐	๑๐๐๐	๑๓๐๐

วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการรับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน(โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)
แหล่งข้อมูล	ทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน (โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๒๕% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๕๐% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๗๕% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๑๐๐% ของเกณฑ์เป้าหมาย

ปี ๒๕๖๑:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๒๕% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๕๐% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๗๕% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๑๐๐% ของเกณฑ์เป้าหมาย

ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๒๕% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๕๐% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๗๕% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๑๐๐% ของเกณฑ์เป้าหมาย

ปี ๒๕๖๓:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๒๕% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๕๐% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๗๕% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๑๐๐% ของเกณฑ์เป้าหมาย

ปี ๒๕๖๔:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๒๕% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๕๐% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๗๕% ของเกณฑ์เป้าหมาย	๑๐๐% ของเกณฑ์เป้าหมาย

<table>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>ตามตารางทาย KPI Template</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๗</th><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th></tr>
<tr><td></td><td>ราย</td><td>๕๕๑</td><td>๖๐๑</td><td>รอสิ้นปี</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑. นพ.สกานต์ บุนนาค
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๓๕๔๘๑๐๘ ต่อ ๕๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๐-๔๕๓๑๑๑๐
โทรสาร : ๐๒-๓๕๔๘๑๔๖ E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com
รพ.ราชวิถี</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>คณะกรรมการ service plan สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>๑. นพ.สกานต์ บุนนาค
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๓๕๔ ๘๑๐๘ ต่อ ๕๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๐ ๔๕๓ ๑๑๑๐
โทรสาร : ๐ ๒๓๕๔ ๘๑๔๖ E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com
รพ.ราชวิถี
๒. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๓๕๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๙๕๙๔๔๙๙
โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๙ E-mail : moeva_dms@yahoo.com
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์</td></tr>
</table>

หัวข้อ ๒.๑๕ Service Plan สาขาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบการส่งต่อ

ตัวชี้วัด ๑) ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ(≥ร้อยละ ๖๐)

๒) อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)(PS Score ≥ ๐.๗๕) น้อยกว่าร้อยละ ๑

๑. ระบบ ECS

สถานการณ์

การพัฒนารูปแบบระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้เกิดเป็น Model Development ที่พึงประสงค์ในประเทศไทยถือเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งการบริบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย ทันเวลา เป็นการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินแบบครบวงจร และจะต้องครอบคลุมทั้งในการดำเนินงานในภาวะ ปกติ และ ภาวะ ภัยพิบัติ ส่วนการประเมินความเสี่ยง และการจัดทำแผนรองรับภัยพิบัติระดับหน่วยบริการ อำเภอ จังหวัด เขต (ECS คุณภาพ) ตามแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้กำหนดบทบาทและหน้าที่ ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในการเตรียม ความพร้อม จัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ ก่อนเกิด ระหว่างเกิด และ หลังเกิดภัย ทั้งนี้ ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินถือเป็นส่วนหนึ่งของ แผนรองรับพิบัติ

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ นี้ กระทรวงสาธารณสุขเน้นการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในส่วนของภัยพิบัติ จึงได้กำหนดให้ใช้แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ทั้ง ๑๒ องค์ประกอบตามแบบฟอร์มการประเมิน Hospital Based Emergency Care System เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพรวม ของการพัฒนาคุณภาพ **ระบบ ECS** เป็นพื้นฐานของสถานพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเปรียบเทียบกับปีถัดไป และหลังจากนั้นจึงเลือกเน้นเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ECS คุณภาพ จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ในองค์ประกอบที่ ๔ เรื่อง ความสามารถในการรองรับภาวะฉุกเฉินหมู่และภาวะภัยพิบัติ (MCI และ Disaster management) เป็นหัวข้อหลักเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อการข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะในการพัฒนาให้เกิดคุณภาพ (out put) โดยการประเมินสามารถทำได้ทั้งจากโรงพยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง (Internal survey) และจากองค์กร หรือผู้นิเทศจากภายนอก (External survey)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service Outcome)

ร้อยละ ๖๐ ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ในแต่ละจังหวัด ที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน

มาตรการสำคัญ

๑. การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความเข้าใจและมีความพร้อมในการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบ ECS โดย รับอบรมในหลักสูตรต่างๆ ได้แก่ ICS /HOPE /MERT/Mini MERT/CLS เครือข่าย ECS เป็นต้น

๒. โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ทำการประเมินตนเอง (Internal Assessment) และประเมินโดยหน่วยงานภายนอก(External Assessment) วิเคราะห์ สังเคราะห์ และดำเนินการตามแนวทางพัฒนา ECS คุณภาพที่มุ่งเน้น ปี ๖๐ (ร้อยละ ๖๐ ของ โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่มีระบบ ECS คุณภาพ)

๓. มีแผนรองรับ “ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” สำหรับ รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป

๔. มีการฝึกซ้อมตามแผนฯ /ประเมินประสิทธิภาพของหน่วยงาน ณ จุดเกิดเหตุที่เชื่อมกับ ER คุณภาพ มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดตามกำกับ วางแผน และบูรณาการเชื่อมโยงกับระบบ ICS/PHER/PHEOC ภายในจังหวัด/เขต/กระทรวง/ ตลอดจนกับระบบของประเทศ

การพัฒนาระบบสุขภาพตาม ๖ building box+

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และ เทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
การพัฒนาความสามารถในการรองรับ“ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” ทั้งในและนอกโรงพยาบาล (Disaster Management) ได้แก่ - การพัฒนา ECS คุณภาพ - การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรองรับภาวะภัยพิบัติ (HOPE : Hospital preparedness for Emergencies : Disaster) - การเตรียมบุคลากรในการรองรับด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะปกติและภาวะ“ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” (เช่น MERT /Mini MERT) - Disaster Management - คณะกรรมการฯระดับหน่วยบริการ จังหวัด เขต - มีแผนรองรับ“ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” และมีการฝึกซ้อมตามแผนฯ	มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดตามกำกับ วางแผน และบูรณาการเชื่อมโยงกับระบบ ICS/PHER/PHEOC ภายในจังหวัด/เขต/กระทรวง/ ตลอดจนกับระบบของประเทศ	- อบรมหลักสูตรการกู้ชีพแบบองค์รวม CLS : Comprehensive Life Support) ให้กับบุคลากรแพทย์ - การอบรมหลักสูตรการพัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (เช่น MERT/Mini MERTฯลฯ)	ระดับ จังหวัด/เขต/ประเทศ ให้การสนับสนับงบประมาณในการเตรียมความพร้อมการพัฒนาศักยภาพ ให้กับหน่วยงานและบุคลากรเพื่อรองรับ“ภัยสุขภาพด้านต่างๆ”	สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ ECS ทั้ง Trauma & Emergency และ Non-Trauma	- ส่งเสริมและสนับสนุนนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลในการเตรียมความพร้อมรองรับภัย“ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” - มีระบบนิเทศงานภายในเขตสุขภาพและเครือข่าย - มีข้อเสนอเชิงนโยบายสู่ผู้บริหาร	บูรณาการในการเตรียมความพร้อมรองรับ“ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑. การพัฒนา ECS คุณภาพ			
ร้อยละ ๖๐ ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน	๑. พัฒนาโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ให้สามารถทำการประเมินตนเอง (Internal Assessment) และประเมินโดยหน่วยงานภายนอก (External Assessment) ๑.๑.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน/การใช้เครื่องมือให้กับ ๗๗ จว. ๑.๒. ประชุมเชิงปฏิบัติการในการใช้เครื่องมือประเมินฯ	ติดตามการใช้เครื่องมือประเมินตนเอง ประเมินตนเอง (Internal Assessment) และประเมินโดยหน่วยงานภายนอก (External Assessment) รอบที่ ๑ : ในประเด็น - คะแนนรวม - จุดอ่อนที่ต้องแก้ไข - จุดเน้นคือ องค์ประกอบที่ ๔ รอบที่ ๒ : ในประเด็น - คะแนนรวม - จุดอ่อน และ Action plan ที่ต้องแก้ไขมากกว่า หรือ เท่ากับ ๑ แผน - องค์ประกอบ ๔ ที่ต้องเน้นการพัฒนา	- จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน ประเมินมากกว่าร้อยละ ๔๐ - มีผลการวิเคราะห์สังเคราะห์ และ Action plan เพื่อการพัฒนา ECS คุณภาพ ตามที่มุ่งเน้น
	๒. การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความเข้าใจและมีความพร้อมในการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบ ECS โดย รับอบรมในหลักสูตรต่างๆ ได้แก่ ICS /HOPE /MERT/Mini MERT/CLS เครือข่าย ECS เป็นต้น ๓. มีการจัดทำแผนรองรับ “ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” สำหรับ รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป ๔. มีการฝึกซ้อมตามแผนฯ / ประเมินประสิทธิภาพของหน่วยงาน ณ จุดเกิดเหตุที่เชื่อมกับ ER คุณภาพ ๕. มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดตามกำกับ วางแผน และบูรณาการเชื่อมโยงกับระบบ ICS/PHER/PHEOC ภายในจังหวัด/เขต/กระทรวง/ตลอดจนกับระบบของประเทศ	นิเทศงานภายในเขตสุขภาพและเครือข่ายเพื่อติดตามการการพัฒนาระบบ ECS ใน รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป	๑. แผนการบริหารจัดการ และการเตรียมความพร้อมรองรับ“ภัยสุขภาพด้านต่างๆ”รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป ๒. มีฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตามกำกับ วางแผน และบูรณาการเชื่อมโยงกับระบบ ICS/PHER/PHEOC ภายในจังหวัด/เขต/กระทรวง/ ตลอดจนกับระบบของประเทศที่อย่างเป็นระบบ

รายละเอียดตัวชี้วัด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**7.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**13. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัด	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	**22.ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ปลัดเน้นหนัก ปี 60)**
คำนิยาม	**ECS : Emergency Care System (** ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆประกอบด้วย การป้องกันก่อนเกิด (prevention) การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (pre hospital care)ต่อเนื่องถึง การดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER) การดูแลรักษาใน โรงพยาบาล (In hospital care) การดูแลเฉพาะทาง (Definitive care) การส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System) รวมถึง การจัดระบบบริบาลกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualties Incident) และ การเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (Disaster preparedness & Hospital preparedness for Emergency) การเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินหมู่ **การพัฒนาตัวชี้วัด ECS คุณภาพ ในโรงพยาบาล โดยทั่วไปจะเน้นวัด ใน 3 ส่วน คือ** มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหาร เกี่ยวกับ นโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการคือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย) นอกจากนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2560 นี้ กระทรวงสาธารณสุขเน้นการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในส่วนของภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆ จึงได้กำหนดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ECS คุณภาพ จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ทั้ง 12 องค์ประกอบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

	และให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการพัฒนา ECS คุณภาพ (out put) และหลังจากนั้นจึงเลือกดึงข้อมูลในองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับทิศทางของตัวชี้วัดในแต่ละปีไปใช้เป็นลำดับต่อไป โดยการประเมินสามารถทำได้ทั้งจากโรงพยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง (Internal survey) และจากองค์กร หรือ ผู้นิเทศจากภายนอก (External survey)
เป้าหมาย	ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ในแต่ละจังหวัด ที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ในปีแรกนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน โดยในเบื้องต้น โรงพยาบาล สถานพยาบาล ในแต่ละจังหวัด สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเอง และจัดทำแผนรองรับภัยพิบัตินั้นๆ พัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่มีความพร้อม ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติรายงานให้ จังหวัด / เขตบริการสุขภาพ และ กระทรวงสาธารณสุขรับทราบ ตามลำดับ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ F2 ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ในภาพรวม ทั้ง 12 องค์ประกอบ และเลือกองค์ประกอบที่ 4 เรื่อง ความสามารถในการรองรับภาวะฉุกเฉินหมู่และภาวะภัยพิบัติ (MCI และ Disaster management) เป็นหัวข้อหลักเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผล และสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ECS คุณภาพ รวบรวมโดยกลุ่ม/ฝ่าย ที่รับผิดงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย หรืองานที่เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	1) จากข้อมูลจากการประเมินตนเองด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (Internal survey) 2) จากข้อมูลจากกลุ่ม/ฝ่ายที่รับผิดงานด้านสาธารณภัย และการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับมอบหมายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้เป็นผู้รวบรวมข้อมูลการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ทั้งหมด ใน จังหวัด/ เขตสุขภาพ ที่มีการประเมินตนเองด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตามทุก 12 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ

เกณฑ์การประเมิน : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40)

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. กลไก ECS ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและ รพ.ที่ได้รับการจัดตั้ง พร้อมกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบชัดเจน 2. คู่มือหลักเกณฑ์ได้รับการจัดทำเรียบร้อย พร้อมกับการชี้แจงแนวทางการพัฒนา ECS คุณภาพในทุกระดับ	3. บุคลากรทุกระดับ ทีมสนับสนุน ECS คุณภาพได้รับการอบรมตามหลักสูตร ICS/HOPE/ MERT/Mini MERT/CLS 4 เครือข่าย ECS ทุกภาคส่วนมีการประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และดำเนินการตามแนวทางพัฒนา ECS คุณภาพที่มุ่งเน้น ปี 60	5. รพ.หน่วยงานจังหวัด เขต และกระทรวง แต่ละแห่งมีแผนรองรับ “ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” และมีการฝึกซ้อมตามแผนฯ ตลอดจนประเมินประสิทธิภาพของหน่วยงาน ณ จุดเกิดเหตุที่เชื่อมกับ ER คุณภาพ อย่างไร้รอยต่อและมีประสิทธิภาพ	6. ให้มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดตามกำกับ วางแผน และบูรณาการเชื่อมโยงกับระบบ ICS/PHER/ PHEOC ภายในจังหวัด/ เขต/กระทรวง/ ตลอดจนกับระบบของประเทศ 7. ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีระบบ ECS คุณภาพ

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1. โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่

1.1 ประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้ง 12 องค์ประกอบ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ในภาพรวม ไม่น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง มาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชี้วัด

1.2 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป เฉพาะในองค์ประกอบที่ 4 เรื่อง ความสามารถในการรองรับภาวะฉุกเฉินหมู่และภาวะภัยพิบัติ (MCI และ Disaster management) มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ECS คุณภาพ

1.3 นำข้อมูลจากข้อ 1.1 - 1.2 มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.1 สนับสนุนให้โรงพยาบาลระดับ A (รพศ./ รพท.) ส่งบุคลากรทางการแพทย์เข้ารับการอบรมตามหลักสูตรการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆ(Hospital preparedness for Emergency : HOPE) ของกระทรวงสาธารณสุข

<table>
<tr><td></td><td>2.2 สนับสนุนให้โรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไปจัดทำแผนรองรับภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆ สำหรับโรงพยาบาล
2.3 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทีม MERT, Mini MERT, MCATT และ SRRT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติภารกิจรองรับภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆ
3. เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการซ้อมแผนรองรับภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆ และสรุปผลการดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ของกรมการแพทย์ (มีการพัฒนาและทดสอบร่วมกับทีม ECS ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา)</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr>
<tr><td></td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</td><td>1.พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6288 โทรศัพท์มือถือ : 081 842 4148
โทรสาร : 0 2591 8276 E-mail : ieip.dms@gmail.com,
2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886
โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com
3. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จังหวัดปราจีนบุรี
โทรศัพท์ มือถือ 086 141 4769
4. น.พ.ไพโรจน์ เครือกาญจนาราชวิถี หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาล
โทรศัพท์มือถือ : 081 640 0614
5. น.พ.สัจจะ ชลิตาภรณ์ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
โทรศัพท์มือถือ : 095 925 4656 Email: tsenjoyme@gmail.com
6. น.พ.เกษมสุข โยธาสมุทร กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน
โทรศัพท์มือถือ : 083 803 3310 k.yothasamutr@gmail.com
7. นางธัณณ์จิรา ธนาศิริธัชนันท์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
โทรศัพท์มือถือ : 085 488 1669 Email: thunjira.t@niems.go.th</td></tr>
</table>

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.กิตติ์พงศ์ สัญชาตวิรุฬห์ ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 081 255 4711 Email: dr_nok@yahoo.com 2. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 081 660 6069 Email: soontornchin@gmail.com 3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com , ieip.dms@gmail.com 4. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com 5. นางพรทิพย์ บุนนาค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 081 924 1771 Email: pherex099@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com , ieip.dms@gmail.com 2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com 3. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 081 660 6069 Email: soontornchin@gmail.com 4. นายโสรัจจะ ชูแสง หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โทรศัพท์มือถือ : 081 827 1669 Email: sorajja.c@niems.go.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com, ieip.dms@gmai.com

	2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com 3. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886 โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com

๒. ระบบ ER คุณภาพ

สถานการณ์

การรักษาพยาบาล (Emergency care) เป็นองค์ประกอบด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล หมายถึง ความสามารถของห้องฉุกเฉินที่ให้บริการต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ในกระบวนการต่างๆ ได้แก่ ๑) Triage ๒) Resuscitation ๓) Stabilization ๔) การจัดบริการด่วนพิเศษ (Special Track) และ ๕) Definitive Care ในโรงพยาบาล

การจัดบริการด่วนพิเศษ (Special Track) หมายถึง การจัดระบบบริการจำเพาะบางภาวะที่ให้การดูแลรักษาด่วนตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งจะเกิดผลดีต่อการรักษา (หากเลยกำหนดนั้นไปแล้วอาจทำให้ผลการรักษาลดลง) เช่น Stroke Fast Track, AMI Fast Track เป็นต้น

การวัด Productivity จากการเข้ารับบริการด่วนพิเศษ (Special Track) ของ fast track ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในห้องฉุกเฉิน เป็นแนวทางหนึ่งของการวัดผลลัพธ์ (out come) ER คุณภาพ โดยวัดคุณภาพจากข้อมูลผู้ป่วยหนักที่ได้รับการดูแลจาก door to EKG และ door to SK ใน รพ.ทุกระดับ

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ได้กำหนดให้มีการวัดผลลัพธ์ (out come) การจัดบริการด่วน Fast Track โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ๓ เดือน ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (OHCA : out-of-hospital cardiac arrest) ที่ได้รับการฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา (ROSC : Return of Spontaneous Circulation) เพื่อพัฒนาระบบรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยรวบรวมข้อมูล CPR ผู้ป่วยที่มีภาวะ OHCA จนเกิดการฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา ROSC เพื่อนำไปสู่การพัฒนา ER ใน โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปให้มีคุณภาพ คาดว่าจะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีมากขึ้น ภาวะทุพพลภาพภายหลังจากรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service Outcome)

ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป

มาตรการสำคัญ

๑. การเข้าถึงระบบการดูแลผู้ป่วย (Pre-hospital care system)

๒. การเข้าถึงระบบ Definitive care

๓. การดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลักการอย่างครบถ้วน ในโรงพยาบาล เช่น Hemo dialysis CCU , ICU , Burn unit , ห้องผ่าตัด เป็นต้น

๔. การพัฒนาระบบการส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System)

๕. การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล OHCA ที่บูรณาการกับฐานข้อมูลที่ใช้อยู่ประจำ

การพัฒนาระบบสุขภาพตาม ๖ building box+

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และ เทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
๑.การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER) (Pre-hospital care system) ๒.การเข้าถึงระบบ Definitive care ๓.การพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลักการอย่างครบถ้วนในโรงพยาบาล เช่น Hemo dialysis CCU , ICU , Burn unit , ห้องผ่าตัด เป็นต้น ๔.การพัฒนาระบบการส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System)	มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล OHCA ที่บูรณาการกับฐานข้อมูลที่ใช้อยู่ประจำในโรงพยาบาล	- อบรมหลักสูตรต่างๆ เช่น หลักสูตรระยะสั้นต่างๆ หลักสูตรการกู้ชีพแบบองค์รวม CLS : Comprehensive Life Support) ฯลฯ ให้กับบุคลากรแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีมากขึ้น และภาวะทุพพลภาพภายหลังจากรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง	ระดับ จังหวัด/เขต/ประเทศ ให้การสนับสนับงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพและระบบการดูแลผู้ป่วย (Pre-hospital และ in hospital care system) รวมถึง การพัฒนาระบบการส่งต่อ ให้กับหน่วยงานและบุคลากร	สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ ECS ทั้ง Trauma & Emergency และ Non-Trauma	- ส่งเสริมและสนับสนุนนโยบายการพัฒนาศักยภาพ และระบบการดูแลผู้ป่วย(Pre-hospital และ in hospital care system) ให้กับหน่วยงานและบุคลากรในโรงพยาบาล - มีระบบนิเทศงานภายในเขตสุขภาพและเครือข่าย - มีการวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ความล้มเหลว ตลอดจน ความพร้อมของทีม และ Special track เพื่อนำไปสู่การวางแผน/พัฒนา ER คุณภาพ เพิ่มการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วย OHCA - มีมาตรการต่างๆ เช่น การป้องกัน การแจ้งเหตุ และ Response time	บูรณาการในการการพัฒนาระบบการส่งต่อ ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น : การพัฒนา ER คุณภาพ			
ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป	๑. มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล OHCA ที่บูรณาการกับฐานข้อมูลที่ใช้อยู่ประจำในโรงพยาบาล	มีระบบนิเทศงานภายในเขตสุขภาพ และเครือข่ายเกี่ยวกับ ๑. การจัดเก็บข้อมูลเพื่อการ	๑. จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพตามที่กำหนดไว้

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	๒. มีมาตรการต่างๆ เช่น การป้องกัน การแจ้งเหตุ และ Response time ๓. มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องถึงการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER) (Pre-hospital care system) การเข้าถึงระบบ Definitive care จนถึงระบบการส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System) ๔. การพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลักการอย่างครบถ้วนในโรงพยาบาล เช่น Hemo dialysis CCU , ICU , Burn unit , ห้องผ่าตัด เป็นต้น ๕. มีการพัฒนาบุคลากรแพทย์ ได้แก่ การอบรมหลักสูตรการกู้ชีพแบบองค์รวม CLS : Comprehensive Life Support) เป็นต้น	วิเคราะห์ผล ปัจจัยความสำเร็จ ความล้มเหลว ตลอดจน ความพร้อมของทีม และ Special track เพื่อนำไปสู่การวางแผน/พัฒนา ER คุณภาพ ได้แก่ - OHCA และ ROSC - Survival to Hospital Admission - Survival to Refer ๒.การพัฒนาระบบฯ และบุคลากร เพื่อการพัฒนาและวางแผน	๒. มีแผน และ แนวทางการพัฒนา ER คุณภาพ เพื่อเพิ่มการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วย OHCA

รายละเอียดตัวชี้วัด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี	
หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๗. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ**
โครงการที่	**๑. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	**๕๔. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป**
คำนิยาม	**การพัฒนาตัวชี้วัด ER คุณภาพในโรงพยาบาล โดยทั่วไปจะเน้นประเมินใน ๓ ส่วน คือ** **มิติที่ ๑ มิติการบริการ และนโยบาย หมายถึง** การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหารเกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน **มิติที่ ๒ มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็น** ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล **มิติที่ ๓ มิติด้านผู้รับบริการคือ** เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย) และ สถาบันรับรองคุณภาพฯ นอกจากนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล **การรักษาพยาบาล (Emergency care)** เป็นองค์ประกอบด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล หมายถึง ความสามารถของห้องฉุกเฉินที่ให้บริการต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ในกระบวนการต่างๆ ได้แก่ ๑) Triage ๒) Resuscitation ๓) Stabilization ๔) การจัดบริการด่วนพิเศษ (Special Track) และ ๕) Definitive Care ในโรงพยาบาล **การจัดบริการด่วนพิเศษ (Special Track)** หมายถึง การจัดระบบบริการจำเพาะบางภาวะที่ให้การดูแลรักษาด่วนตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งจะเกิดผลดีต่อการรักษา (หากเลยกำหนดนั้นไปแล้วอาจทำให้ผลการรักษาลดลง) เช่น Stroke Fast Track, AMI Fast Track เป็นต้น การวัด Productivity จากการเข้ารับบริการด่วนพิเศษ (Special Track) ของ fast track ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในห้องฉุกเฉิน เป็นแนวทางหนึ่งของการวัดผลลัพธ์ (out come) ER คุณภาพ โดยวัดคุณภาพจากข้อมูลผู้ป่วยหนักที่ได้รับการดูแลจาก door to EKG และ door to SK ใน รพ.ทุกระดับ **ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป** ได้กำหนดให้มีการวัดผลลัพธ์ (out come) การจัดบริการด่วน Fast Track โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ๓ เดือน ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (OHCA : out-of-hospital cardiac arrest) ที่ได้รับการฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา (ROSC : Return of Spontaneous Circulation) เพื่อนำไปสู่การพัฒนา ER ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปให้มีคุณภาพ คาดว่าจะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีมากขึ้น ภาวะทุพพลภาพภายหลังจากรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง **คำนิยาม** ๑) **OHCA : Out-of-Hospital Cardiac Arrest** (ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล) วินิจฉัยโดยบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่นักกู้ชีพขึ้นไป (ได้แก่ อาสากู้ชีพ เวชกรฉุกเฉิน พยาบาล แพทย์ เป็นต้น) ๒) **ROSC : Return of Spontaneous Circulation** (ภาวะที่ได้รับการฟื้นคืนชีพ จนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา

เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพตามที่กำหนดไว้

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐

วัตถุประสงค์	เพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป**
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	**จัดเก็บข้อมูลจาก** ๑) ER หรือ Trauma and Emergency Administration Unit (TEA unit) ของโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป เก็บข้อมูล Data ของ OHCA โดยใช้แบบฟอร์มของกรมการแพทย์ตามประเด็นที่กำหนด ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รวบรวมแบบฟอร์มข้อมูลในภาพรวมของโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป ในระดับจังหวัด ๓) สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ รวบรวมข้อมูลและประเมินผลในภาพรวมระดับเขต และประเทศ
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล OHCA และ ROSC ของโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป (ระยะ ๓ เดือน ย้อนหลัง)
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ทั้งหมดในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	๑) ติดตามเก็บข้อมูล OHCA และ ROSC ในไตรมาส ๓ ๒) ประเมินติดตาม ในไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ติดตามการเนินงาน	-	ร้อยละ ๒๕

ปี ๒๕๖๑:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ติดตามการเนินงาน	-	ร้อยละ ๕๐

ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ติดตามการเนินงาน	-	ร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๓:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ติดตามการเนินงาน	-	ร้อยละ ๗๐

ปี ๒๕๖๔:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ติดตามการเนินงาน	-	ร้อยละ ๘๐

<table>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>
วิธีการประเมินผล :
ขั้นตอน ๑. โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล
ขั้นตอน ๒. คณะกรรมการกำหนดระบบการจัดเก็บข้อมูล และ ผู้รับผิดชอบ จาก ER หรือ Trauma and Emergency Administration Unit (TEA unit) ของโรงพยาบาล เพื่อทำหน้าที่เก็บข้อมูลของโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลในเดือนสุดท้ายของไตรมาสที่ ๓ (เก็บข้อมูลย้อนหลังของ ๓ เดือน) ตามแบบฟอร์มที่กรมการแพทย์กำหนดให้ ในข้อมูลต่อไปนี้
<table>
<tr><th>ข้อมูลที่จัดเก็บ</th><th>ระดับ รพ.ที่เก็บ</th></tr>
<tr><td>๑) ข้อมูล OHCA</td><td>รพ. ระดับ F๒ ขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>๒) ข้อมูล ROSC</td><td>รพ. ระดับ F๒ ขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>๓) ข้อมูล Survival to hospital Admission</td><td>เฉพาะ รพ. ระดับ A , S</td></tr>
<tr><td>๔) ข้อมูล Survival to Refer</td><td>เฉพาะ รพ. ระดับ F๒ ,M๑, M๒</td></tr>
</table>
ขั้นตอน ๓. โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ส่งข้อมูลให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการรวบรวมข้อมูลในภาพรวมของจังหวัดส่งให้กับ สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ เพื่อทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลและประเมินผล ร้อยละของ ER คุณภาพ เทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในภาพรวมระดับเขต และประเทศ เป็นลำดับต่อไป
</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>แบบฟอร์มการเก็บข้อมูล OHCA : Out-of-Hospital Cardiac Arrest สำหรับโรงพยาบาล จัดทำโดยกรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๗</th><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th></tr>
<tr><td>NA</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>
๑. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๒๘๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๒๔๑๔๘
โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๖ E-mail : mertthailand@gmail.com ,ieip.dms@gmail.com
๒. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๓๕-๒๑๑๘๘๘ ต่อ ๒๑๐๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๕๖๙๔๘๘๖
โทรสาร : ๐๓๕-๒๔๒๑๘๒ E-mail : rattapong.b@gmail.com
๓. น.พ.พัฒธพงษ์ ประภาสันติกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จ.สุพรรณบุรี
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๗๐๕๖๗
โทรสาร : ๐๓๕-๕๑๑๗๓๘ E-mail : opps๑๒๓๔๕@yahoo.com
๔. นพ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๖๔๐ ๐๖๑๔
๕. น.พ.สัจจะ ชลิตาภรณ์ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
โทรศัพท์มือถือ : .๐๙๕ ๙๒๕ ๔๖๕๖ Email: tsenjoyme@gmail.com
๖. น.พ.เกษมสุข โยธาสมุทร กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓ ๘๐๓ ๓๓๑๐
</td></tr>
</table>

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	๑. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๒๘๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๒๔๑๔๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๖ E-mail : mertthailand@gmail.com ,ieip.dms@gmail.com ๒. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๒๘๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๘๘๓๙๒๕ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๖ E-mail : narissara.yamsub@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๒๘๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๔๒๔๑๔๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๖ E-mail : mertthailand@gmail.com ,ieip.dms@gmail.com ๒. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๖๒๘๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๘๘๓๙๒๕ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๘๒๗๖ E-mail : narissara.yamsub@gmail.com

๓. ระบบ Trauma

สถานการณ์

การเสียชีวิต จากการบาดเจ็บ ขึ้นกับกลไกของ ความรุนแรงที่เกิด อาจพบการเสียชีวิต ตั้งแต่ ก่อนถึงโรงพยาบาลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล หรือ เมื่อถึง โรงพยาบาลแล้ว จากข้อมูลที่เคยรวบรวม ส่วนใหญ่ เป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับรักษาในโรงพยาบาล

การเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ ที่มี Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บทั้งหมด ซึ่งมีการคำนวณ ค่า Probability of survival (Ps) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ (เอกสารแนบนิยาม Multiple injuries)

อย่างไรก็ตาม เพื่อลด ความสูญเสีย การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ กรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจากการบาดเจ็บ ได้รับบริการการแพทย์ อย่าง รวดเร็ว ทั่วถึง และ ปลอดภัย

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service Outcome)

ร้อยละผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับเข้ารักษาภายในโรงพยาบาลทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕

มาตรการสำคัญ

พัฒนา รพ.M๑ / จว./เขต :

๕. การพัฒนาการศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Trauma & Emergency Admin Unit)
๖. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ (Pre-hospital care system/ Definitive care รวมถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลักการอย่างครบถ้วน ในโรงพยาบาล เช่น Hemo dialysis CCU , ICU , Burn unit , ห้องผ่าตัด ฯลฯ และ Inter hospital care / Referral System)
๗. การพัฒนาระบบการส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System)
๘. การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล IS ที่บูรณาการกับฐานข้อมูลที่ใช้อยู่ประจำ
๙. การทบทวน Review & conference เพื่อนำสู่การป้องกัน และ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

การพัฒนาระบบสุขภาพตาม ๖ building box+

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และ เทคโนโลยี	การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance)	การมีส่วนร่วม (Community participation)
๕. การพัฒนาการศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA Unit) ๖. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ๗. การพัฒนาระบบการส่งต่อ	๑. การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล IS ที่บูรณาการกับฐานข้อมูลที่ใช้อยู่ประจำในโรงพยาบาล ๒. การใช้โปรแกรม IS WIN	๑. หลักสูตร Trauma Nurse Co-ordinator /Emergency Nurse/Nurse practitioner เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาการ TEA Unit เช่น การทบทวน Review & conference เพื่อนำสู่การ	ระดับ จังหวัด/เขต/ประเทศ ให้การสนับสนับงบประมาณในการ ๑. พัฒนาศักยภาพของศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA Unit) ๒.การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และ การพัฒนาระบบการส่งต่อ	สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา - ศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA Unit) - การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และ การพัฒนาระบบการส่งต่อ	- ส่งเสริมและสนับสนุนนโยบายการพัฒนาศักยภาพของศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA Unit) และ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และการพัฒนาระบบการส่งต่อ	บูรณาการในการการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล IS จากโปรแกรม IS WIN ที่บูรณาการกับฐานข้อมูลที่ใช้อยู่ประจำในโรงพยาบาล

		ป้องกัน และ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ๒. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ได้แก่ EP/ Gen surg. / Neuro surg. /พยาบาลเฉพาะทาง เป็นต้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ให้กับบุคลากรแพทย์			- มีระบบนิเทศงานภายในเขตสุขภาพและเครือข่าย - มีข้อเสนอเชิงนโยบายสู่ผู้บริหาร	

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑.การพัฒนาการศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA Unit)			
ร้อยละผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับเข้ารักษาภายในโรงพยาบาลทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕	๑. หลักสูตร Trauma Nurse Co-ordinator /Emergency Nurse/Nurse practitioner เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาการ TEA Unit เช่น การทบทวน Review & conference เพื่อนำสู่การป้องกันและ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ๒. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล IS ที่บูรณาการกับฐานข้อมูลที่ใช้อยู่ประจำในโรงพยาบาล การใช้โปรแกรม IS WIN	มีระบบนิเทศงานภายในเขตสุขภาพและเครือข่าย	มี TEA Unit และบุคลากร ที่สามารถ Function ได้ นำสู่การป้องกัน และ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต
๘. ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บการพัฒนาระบบการส่งต่อ			
ร้อยละผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับเข้ารักษาภายในโรงพยาบาลทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ และเสียชีวิต	๑. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และ การพัฒนาระบบการส่งต่อ ๒. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ได้แก่ EP/ Gen surg. / Neuro surg. / พยาบาลเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น	มีระบบนิเทศงานภายในเขตสุขภาพและเครือข่าย	บุคลากรทางการแพทย์ มีศักยภาพในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกัน และ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

รายละเอียดตัวชี้วัด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี	
หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ**
โครงการที่	**1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	**56. อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)**
คำนิยาม	การเสียชีวิต จากการบาดเจ็บ ขึ้นกับกลไกของ ความรุนแรงที่เกิด อาจพบการเสียชีวิตตั้งแต่ ก่อนถึงโรงพยาบาลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล หรือ เมื่อถึง โรงพยาบาลแล้ว จากข้อมูลที่เคยรวบรวม ส่วนใหญ่ เป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับรักษาในโรงพยาบาล **การเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ ที่มี Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 หมายถึง** การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บทั้งหมด ซึ่งมีการคำนวณ ค่า Probability of survival (Ps) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 (เอกสารแนบนิยาม Multiple injuries) อย่างไรก็ตาม เพื่อลด ความสูญเสีย การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ กรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจากการบาดเจ็บ ได้รับบริการการแพทย์ อย่าง รวดเร็ว ทั่วถึง และ ปลอดภัย

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1	น้อยกว่า ร้อยละ 1

วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ของกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาล 2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับไว้ในโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับเข้ารักษาภายในโรงพยาบาลทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรม IS WIN
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IS
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 และเสียชีวิต
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตาม ทุก 6 เดือน และวัดระดับเขตบริการสุขภาพ

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	น้อยกว่า ร้อยละ 1		น้อยกว่า ร้อยละ 1

วิธีการประเมินผล :

1. ผู้บริหาร รพ.ระดับ M1 ขึ้นไป สนับสนุนการทีม Trauma admin unit สามารถ Function
2. สสจ.สนับสนุนการพัฒนา Trauma & Emergency Administrative Unit ในโรงพยาบาล ระดับ M1 ขึ้นไปให้ สามารถ function ได้ และเป็นผู้รวบรวมข้อมูลในภาพรวมของจังหวัดที่ถูกรายงานหรือนำเสนอข้อมูลที่ถูก Key (จากโปรแกรม IS win) โดย Trauma admin unit ของโรงพยาบาล ระดับ M1 ขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน

เอกสารสนับสนุน : Guide line การจัดตั้ง Trauma admin unit จัดพิมพ์และเผยแพร่โดยกรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
.....	.....	.....	.....	.....

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. น.พ.สมประสงค์ ทองมีสี โรงพยาบาลชลบุรี
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038-931000 โทรศัพท์มือถือ : 080-4341143
   โทรสาร : 038-931100 E-mail : tongmeesee@gmail.com
2. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148
   โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com
   ieip.dms@gmail.com

	3. นพ.พัฒธพงษ์ ประภาสันติกุล นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช 4. น.พ. ศานิตย์ นาวิกบุตร นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลเลิดสิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539713 โทรศัพท์มือถือ : 086-4028863 โทรสาร : 02-3539756 E-mail : navikting@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906288 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com 2. นางแพรจิต จันทร์ฐิติวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906275,6279 โทรศัพท์มือถือ 089-4484748 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : pairjit@yahoo.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com ieip.dms@gmail.com, 2. นางแพรจิต จันทร์ฐิติวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906275,6279 โทรศัพท์มือถือ 089-4484748 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : pairjit@yahoo.com 3. น.พ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com 4. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499 โทรสาร 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com

หัวข้อ ๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ

ตัวชี้วัด ๑) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ และ Reaccredit

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนที่	**๘. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๑. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล**
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๕๘.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓**
คำนิยาม	**โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง** - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตจำนวน ๑๖๗ แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน ๗๘๐ แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๙) **HA (Hospital Accreditation) หมายถึง** กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ขั้น ดังนี้ **- HA ขั้น ๑หมายถึง** โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง **- HA ขั้น ๒ หมายถึง** โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป **- HA ขั้น ๓ หมายถึง** โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔

วัตถุประสงค์	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ๒. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาลที่ได้รับการรับรอง
แหล่งข้อมูล	จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาลที่ได้รับการรับรอง
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองขั้น ๓ + Reaccredit

รายการข้อมูล ๒	B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑๖๗ แห่ง
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีผลการรับรองขั้น ๓ + Reaccredit
รายการข้อมูล ๔	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน ๗๘๐ แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๙)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. (A/B) x ๑๐๐ ๒. (C/D) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๐:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

แนวทางการประเมิน : ผลการดำเนินงานเทียบตามเกณฑ์การให้คะแนน

วิธีการประเมินผล :

เกณฑ์การให้คะแนน :

	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ ๙๕.๘๐ (๑๖๐แห่ง จาก ๑๖๗ แห่ง)	ร้อยละ ๙๖.๘๕ (๑๖๒ แห่ง จาก ๑๖๗ แห่ง)	ร้อยละ ๙๗.๙๐ (๑๖๔ แห่ง จาก ๑๖๗ แห่ง)	ร้อยละ ๙๘.๙๕ (๑๖๖ แห่ง จาก ๑๖๗ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ (๑๖๗ แห่ง จาก ๑๖๗ แห่ง)
โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ ๖๙.๔๙ (๕๔๒ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)	ร้อยละ ๗๒.๑๒ (๕๖๓ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)	ร้อยละ ๗๔.๗๕ (๕๘๓ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)	ร้อยละ ๗๗.๓๗ (๖๐๔ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)	ร้อยละ ๘๐.๐๐ (๖๒๔ แห่ง จาก ๗๘๐ แห่ง)

<table>
<tr><td></td><td colspan="5">เงื่อนไข :
๑. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต: จำนวนสถานบริการ จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙
๒. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : จำนวนสถานบริการจากทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๙
๓. ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ และ หรือ อยู่ระหว่างการต่ออายุ
๔. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>Baseline data</td><td>หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>๒๕๕๗</td><td>๒๕๕๘</td><td>๒๕๕๙</td></tr>
<tr><td></td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ (โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต)</td><td>แห่ง</td><td>ไม่มีข้อมูล</td><td>ไม่มีข้อมูล</td><td>(ร้อยละ ๙๕.๘๐) ๑๖๐จาก ๑๖๗ แห่ง</td></tr>
<tr><td></td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ (โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)</td><td>แห่ง</td><td>ร้อยละ๖๐.๒๗ (๔๔๖ จาก ๗๔๐ แห่ง)</td><td>ร้อยละ ๖๙.๔๐ (๕๑๕ จาก ๗๔๒ แห่ง)</td><td>ร้อยละ ๖๙.๔๙ (๕๔๒ จาก ๗๘๐ แห่ง)</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td colspan="5">๑. นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์ (ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด)
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๖๑</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td colspan="5">กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ สำนักบริหารการสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td colspan="5">๑.นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๓
๒.นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๗
๓.นางสาววรารภรณ์ อ่ำช้าง
โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๑๖๓๘
กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ สำนักบริหารการสาธารณสุข</td></tr>
</table>

หัวข้อ ๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ

ตัวชี้วัด ๒) รพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ ๑๐

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๘. การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๒. โครงการระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๕๙. ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ**
คำนิยาม	**การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี โดย ๕ ดี ประกอบด้วย ***บริหารดีประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดีประชาชนมีสุขภาพดี*** มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้ **เกณฑ์หมวด ๑** การนำองค์กรและการจัดการดี **เกณฑ์หมวด ๒** การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย **เกณฑ์หมวด ๓** การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล **เกณฑ์หมวด ๔** การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย **เกณฑ์หมวด ๕** ผลลัพธ์

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๑๐๐

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน ๙,๘๗๘ แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวโดยทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๑๐

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ๒๕

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ๕๐

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ๗๕

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๑๐๐

วิธีการประเมินผล :

๑. เขต สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย
๒. ทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขทำการสำรวจ และประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
๓. สรุปผลการประเมิน
๔. คำนวณอัตราส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพทั้งหมด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
-	-	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๒๓๕๑
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี
๒. นายทองดี มุ่งดี นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๒๓๕๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๒๓๕๒
E-mail :mungdee@health.moph.go.th
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

๑. นส.ลินดา เหล่ารัตนใส นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๒๓๕๖ E-mail : linda@health.moph.go.th
๒. นายทองดี มุ่งดี นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๒-๕๙๐๒๓๕๑
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๒๓๕๒ E-mail :mungdee@health.moph.go.th
๓. นายสมบูรณ์ ทรัพย์พุ่ม นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๒-๕๙๐๒๓๕๑
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๒๓๕๒ E-mail :ssombon@hotmail.com
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะที่ ๓

การบริหารทรัพยากรมนุษย์

๓.๑ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

๓.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน

๓.๓ การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สถาบันพระบรมราชชนก สป.
กลุ่มบริหารงานบุคคล สป.
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักตรวจและประเมินผล
สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

คณะที่ ๓
การบริหารทรัพยากรมนุษย์

.....

หัวข้อ ๓.๑ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ)

๑. สถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเขตสุขภาพ เน้นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อให้เขตสุขภาพสามารถจัดบริการได้อย่างไร้รอยต่อ (Seamless Service Network Management) จัดบริการได้ภายในเขตสุขภาพ (Self-Contained) และจัดระบบส่งต่อตามศักยภาพของสถานบริการแต่ระดับภายในเขตสุขภาพ(Referral Cascade Management System) ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การพัฒนากำลังคนเป็นนโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมุ่งเน้นการจัดการกำลังคน การพัฒนาบุคลากร และการวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น เขตสุขภาพจึงต้องพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และพัฒนากำลังคนให้มีปริมาณและศักยภาพเพียงพอ และสอดคล้องกับเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพของสถานบริการแต่ละระดับ อันจะนำไปสู่การจัดบริการที่มีได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จากการตรวจราชการ คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ : การพัฒนาบุคลากร มี ๓ ประเด็น คือ ๑. การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร ๒. กลไกและระบบสนับสนุนที่ส่งผลให้การพัฒนาบุคลากรมีประสิทธิภาพเกิดผลสัมฤทธิ์ ๓. การกำกับ ติดตามการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพ/จังหวัดได้จัดทำแผนพัฒนากำลังคน ส่วนใหญ่จะไม่ครอบคลุมสายสนับสนุน และทุกวิชาชีพ โดยเขตสุขภาพ/จังหวัดมีโอกาสในการพัฒนากลไก ระบบสนับสนุน (การสื่อสาร ความรู้ความเข้าใจของบุคลากร ระบบสารสนเทศ กำหนดเกณฑ์ และคุณสมบัติของผู้รับการอบรม ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ) ตลอดจนให้ความสำคัญกับการกำกับ ติดตามผลการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด

ดังนั้น ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เขตสุขภาพจึงควรพัฒนากลไกและสนับสนุนที่ให้เกิดการบริหารจัดการการพัฒนากำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี และกำกับติดตามให้จังหวัดจัดทำแผนพัฒนากำลังคนอย่างมีคุณภาพ สร้างความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อพัฒนาบุคลากรตามเป้าหมายที่กำหนด ตลอดจนติดตามแก้ไขผลกระทบที่เกิดจากการบริหารจัดการกำลังคนของเขตสุขภาพด้วย

๒. เป้าหมายความสำเร็จ : เขตสุขภาพ/จังหวัดมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ)

๒.๑ การวางแผนการลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ

๒.๒ การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน

๒.๓ การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน

๒.๔ การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน

๒.๕ การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ

พื้นที่ดำเนินการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ประเด็นการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : ๓.๑ **การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ**/จังหวัด เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี และครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ (ตามที่กำหนด)						
เขตสุขภาพ/จังหวัด	๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนของจังหวัด/เขตสุขภาพ โดยครอบคลุมผู้แทนสถานบริการทุกระดับ /วิชาชีพ/สถาบันการผลิต ๒. ชี้แจงผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/สถานบริการทุกระดับ ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคน/การพัฒนาบุคลากรเป็นแนวทางเดียวกัน ๓. สนับสนุนข้อมูลต่างๆ ให้กับจังหวัด/สถานบริการทุกระดับ เช่น -สถานการณ์กำลังคนของ เขตสุขภาพ/จังหวัด -แผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข -แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) ๔.จัดทำแผนความต้องการพัฒนากำลังคน/แผนพัฒนาบุคลากร(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) ของจังหวัด/เขตสุขภาพให้มีความครอบคลุม	๑. คำสั่ง คก.ระดับเขต/จังหวัด ๒. แผนความต้องการพัฒนากำลังคน/แผนพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด ครอบคลุมสถานบริการทุกระดับ และ ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (ตามที่กำหนด) ๑) บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี ๗ สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข ๒) บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) มี ๑๔ สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา ๓) บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) มี ๗ สายงาน ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน		แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๓ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๔ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ	

พื้นที่ดำเนินการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ประเด็นการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	กำลังคนทุกกลุ่มสาขา/วิชาชีพและทุกมิติ (๔ Excellence ตามยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี)	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ ๔) บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี ๑๐ สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ ๕) ผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น				
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : **๓.๒ การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน**						
เขตสุขภาพ/จังหวัด	๑. สร้างการมีส่วนร่วมโดยแต่งตั้งผู้แทนสถาบันการผลิตและพัฒนาบุคลากรเป็นคณะกรรมการพัฒนากำลังคนของจังหวัด/เขตสุขภาพ ๒.ประเมินการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรร่วมกัน(คน เงิน ของ)ของเขตสุขภาพด้านการพัฒนากำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ๓.ประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขต	๑. มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด (MOU /หรือเอกสารข้อตกลงการผลิตและพัฒนาร่วมกัน) ๒. ผลการดำเนินการร่วมกันด้านการผลิตและพัฒนา(บริหารจัดการฯ/หลักสูตรการผลิตและพัฒนา)		การสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมครอบคลุมร้อยละ ๔๐	การสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๖๐	

พื้นที่ดำเนินการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ประเด็นการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓.๓ :**การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน**						
เขตสุขภาพ/จังหวัด	๑. นำแผนสู่การปฏิบัติจริง (มีการระบุหลักสูตร/โครงการ/วิธีการพัฒนา/กลุ่มเป้าหมาย/งบประมาณ/ระยะเวลาการดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ ๒. จัดลำดับความสำคัญของโครงการ/หลักสูตรในแผนพัฒนาบุคลากร ๓. กำกับ ติดตามผลการเบิกจ่ายงบประมาณเสนอต่อผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ/จังหวัดทุกเดือน	๑. แผนปฏิบัติการฯ ๒. ผลการใช้จ่ายงบประมาณการพัฒนาบุคลากร ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (ตามที่กำหนด) เปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนการพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด(คงเหลือ/ผูกพัน/คืน) และปัญหา/อุปสรรคการใช้จ่ายงบประมาณ		การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๗๐	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๘๐	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓.๔ **: การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน**						
เขตสุขภาพ/จังหวัด	๑. การจัดสรรบุคลากรมีการกระจายอย่างเหมาะสม(ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ) ๒. การกำหนดเป้าหมายการผลิตและพัฒนา และดำเนินการพัฒนากำลังคนให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของเขต ๓. จัดทำเกณฑ์คัดเลือกบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม ๔. พัฒนาฐานข้อมูลบุคลากร (ความเชี่ยวชาญ,จำนวน,การกระจาย)	๑. ผลการพัฒนาบุคลากร ทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนการพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด ๒. การจัดเก็บและรายงานผล(สาขา/วิชาชีพ/หลักสูตร /ความเชี่ยวชาญจำนวน /สถานบริการ เป็นต้น)		บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ/จังหวัด ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ/จังหวัด ร้อยละ ๖๐ ของเป้าหมาย	

พื้นที่ดำเนินการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ประเด็นการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	๕. กำกับติดตามผลการพัฒนาบุคลากรเสนอผู้บริหารทุกเดือน					
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓.๕ : **การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคน**						
เขตสุขภาพ/จังหวัด	๑. ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และการแก้ไขปัญหาการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตมีความเหมาะสม สอดคล้องกับนโยบาย ๒. การลดข้อร้องเรียนและการต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายในระดับประเทศ ๓. นิเทศหน่วยงานในเขตสุขภาพเพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ	จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต		มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๕ ของภาพรวมกระทรวง	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๐ ของภาพรวมกระทรวง	

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
๑.นางกัลยา เนติประวัติ	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก	Tel ๐๒ ๕๙๐๑๘๑๘. Mobil ๐๘๑ ๖๔๙ ๙๓๙๕. e-mail: catypakdee@gmail.com
๒.นางศรีนวล ศิริคะรินทร์	ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ สถาบันพระบรมราชชนก	Tel ๐๒ ๕๙๐๑๘๐๙ Mobile ๐๘๑ ๖๙๖๒๘๐๑ e-mail : srinuans๗๑๑@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี	
หมวด	**People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๑๑. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๒. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๗๒. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด**
คำนิยาม	**เขตสุขภาพ หมายถึง** กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ ๓-๖ ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม ๔ มิติการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน **การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง** เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับสถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ **๑)การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง** กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ ๕ ปี ครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ๓๘ สายงานประกอบด้วย ๑.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี ๗ สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข ๒.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)ได้แก่ ๒.๑ บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ๗สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย ๒.๒ บุคลากรอื่น มี ๗ สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา ๓. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี ๗ สายงาน ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ ๔.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี ๑๐ สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ ๕.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น **๒)การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง** กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนา

ความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพและใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

๓)การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

๔)การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพโดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

๕)การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพหมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขตสุขภาพด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มทุน และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง ๕ องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
๑.**การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ**	๑.กระบวนการจัดทำแผน ๑.๑.แผนความต้องการกำลังคน(จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต)โดยมีความครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ๕ กลุ่มเป้าหมาย ๑.๒. แผนพัฒนาบุคลากรของเขตที่และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ (๔Excellence ตามยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี)	๑. แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต) ๒. แผนพัฒนาบุคลากร เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence	ระดับ ๓ (๙ เดือน)
๒.**การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน**	๑.ความร่วมมือระหว่างสถาบันการผลิตและพัฒนาและเขตสุขภาพ ๒.การบูรณการทรัพยากรในการใช้(คน เงิน ของ) ร่วมกัน Stakeholder ในเขตสุขภาพ	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ ๓ (๙ เดือน)

	๓.**การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน**	๑.การใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่ายงบประมาณได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ ๓ (๙ เดือน)
	๔.**การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน**	๑.การจัดสรร/การกระจาย/กลุ่มเป้าหมายของบุคลากรอย่างเหมาะสม(ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ)ให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของเขต	มีจำนวนความต้องการ/การพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ ๓ (๙ เดือน)
	๕.**การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ**	๑.ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการเพื่อให้ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการผลิตและพัฒนากำลังคน ๒.การลดข้อร้องเรียนและการต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายในระดับเขต/ประเทศ	๑.จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับเขตลดลง ๒.จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการย้าย ลาออกลดลง	ระดับ ๓ (๙ เดือน)

เกณฑ์เป้าหมาย: ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพในการดำเนินงานในแต่ละองค์ประกอบที่ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ทั้ง ๕ องค์องค์ประกอบ

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ ๑๒ เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจราชการจังหวัด/ การสำรวจจากเขตสุขภาพ การรวบรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงานรอบ ๖ (ไตรมาสที่ ๒)/รอบ ๙ (ไตรมาสที่ ๓)
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตสุขภาพ
รายการข้อมูล ๑	-
รายการข้อมูล ๒	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	๒ ครั้ง (ตามรอบการตรวจราชการ)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ ๑ – ๔ ที่ระดับ ๒	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ทั้ง ๕ องค์ประกอบที่ระดับ ๓	

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนด

เอกสารสนับสนุน :	นโยบาย/แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) ยุทธศาสตร์สาธารณสุข ๒๐ ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	**Baseline data**	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
			๒๕๕๗	**๒๕๕๘**	**๒๕๕๙**
	เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ระดับความสำเร็จ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สถาบันพระบรมราชชนก ๑.นางกัลยา เนติประวัติ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ ๒.นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สถาบันพระบรมราชชนก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑.นางกัลยา เนติประวัติ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒-๕๙๐๑๘๑๘ โทรศัพท์มือถือ : : ๐๘๑๖๔๙๙๓๙๕ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๘๑๗ E-mail :Catypakdee@gmail.com ๒.นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๒๕๙๐๑๘๐๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙๗๘๓๐๕๓๕ โทรสาร :๐๒๕๙๐๑๘๓๐ E-mail :srinuans๗๑๑@gmaill.com				

<u>เกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๕ องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้</u>

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
๑.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	๕	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ
	๔	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	๓	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๔ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	๒	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๓ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	๑	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๒ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
๒.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	๕	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐
	๔	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๘๐
	๓	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๖๐
	๒	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๔๐
	๑	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๒๐
๓.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	๕	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ๑๐๐

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
	๔	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ๙๐
	๓	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ๘๐
	๒	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๗๐
	๑	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ ๖๐
๔.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	๕	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมาย
	๔	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย
	๓	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๖๐ ของเป้าหมาย
	๒	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย
	๑	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๒๐ ของเป้าหมาย
๕.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	๕	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ ๑๐ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)
	๔	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๑๕ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)
	๓	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๐ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)
	๒	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๕ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)
	๑	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๓๐ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เขตสุขภาพที่.....วันที่.....ชื่อผู้รายงาน.....

ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูลผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้
๑.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	๕	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ		
	๔	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	๓	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๔ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	๒	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๓ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	๑	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๒ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
๒.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	๕	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐		
	๔	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๘๐		
	๓	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๖๐		

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูลผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้
	๒	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๔๐		
	๑	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๒๐		
๓.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	๕	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๑๐๐		
	๔	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๙๐		
	๓	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๘๐		
	๒	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๗๐		
	๑	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ ๖๐		
๔.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	๕	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมาย		
	๔	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย		
	๓	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๖๐ ของเป้าหมาย		
	๒	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย		
	๑	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๒๐ ของเป้าหมาย		
๕.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	๕	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ ๑๐ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออก ลดลง ในระดับเขต)		

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูลผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้
	๔	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๑๕ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออก ลดลง ในระดับเขต)		
	๓	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ ๒๐ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออก ลดลง ในระดับเขต)		
	๒	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ ๒๕ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออก ลดลง ในระดับเขต)		
	๑	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ ๓๐ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออก ลดลง ในระดับเขต)		

หัวข้อ ๓.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน

ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้ (เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ขึ้นไป)

สถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อทบทวนจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ของทั้งผู้บริหารในส่วนกลางและตัวแทนบุคลากรจากส่วนภูมิภาค โดยเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ ๓ ขั้นตอน ได้แก่

๑. ย้อนมองทบทวนสถานการณ์จากอดีตเพื่อพัฒนาวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ และเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข

๒. พัฒนาค่านิยมที่ดีงาม (Core value) ของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข

๓. วิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาจาก ๒ ขั้นตอนที่กล่าว

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการทั้ง ๓ ขั้นตอน กระทรวงฯ ได้บทสรุปสาหรับจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยมของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการร่วมวางยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในระยะ ๒๐ ปี

สำหรับวิสัยทัศน์ "เจ้าหน้าที่มีความสุข" นั้น ที่ประชุมได้สรุปให้กำหนดยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ดังกล่าวมีแผนงานเป็นการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพรองรับมีโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนและได้กำหนดตัวชี้วัดหนึ่งเป็น ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้

ประเด็นตรวจราชการ : ร้อยละหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้

เป้าหมายปีงบประมาณ ๒๕๖๐: ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขมีความสำเร็จของการนำ Core value MOPH ไปใช้ตั้งแต่ระดับที่ ๓ ขึ้นไป

หมายเหตุ : คำอธิบาย

ระดับความสำเร็จของการนำดัชนีความสุขคนทำงานและ Core Value "MOPH" ไปใช้

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์แสดงถึงความสำเร็จ
ระดับ ๑	มีการชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH ไปใช้
ระดับ ๒	มีการสำรวจข้อมูลความสุขของบุคลากรโดยใช้ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work Life Index)
ระดับ ๓	มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work Life Index)

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์แสดงถึงความสำเร็จ
ระดับ ๔	มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานและ Core Value "MOPH" โดยมีพื้นฐานการทำแผนจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์ระดับ ๓
ระดับ ๕	เอกสารหมายเลข ๒ มีการปฏิบัติตามแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานและ Core Value "MOPH" ที่วางไว้ตามเกณฑ์ระดับ ๔

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

๑. ระยะ ๓ เดือน

๑.๑ ตั้งคณะทำงานเพื่อบริหารจัดการการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH ระดับกระทรวง

๑.๒ สรรหาเครื่องมือวัดความสุขและวิธีการประเมินการนำ Core value MOPH ไปใช้

๑.๓ ดำเนินการสื่อสารกับองค์กรเรื่องการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH รวมถึงการวัด ประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม โดยประชาสัมพันธ์การใช้เครื่องมือ และทำความเข้าใจกับตัวแทนหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ผ่านทางสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ และผ่านทางการชี้แจงในการประชุมระดับชาติ การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในระบบสุขภาพ “National Forum Human Resources for Health ๒๐๑๗ : (HR๔H Forum)”ที่จะจัดในวันที่ ๖-๘ ธันวาคม ๒๕๕๙

๒. ระยะ ๖ เดือน

๒.๑ ดำเนินการสื่อสารกับองค์กรเรื่องการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH รวมถึงการวัด ประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องผ่านทางสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH

๒.๒ สำรวจและประมวลผลจำนวนหน่วยงานที่มีการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH ประมวลผลจำนวนหน่วยงานที่มีการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานจาก Application หรือ Web-based data

๓. ระยะ ๙ -๑๒ เดือน

๓.๑ ดำเนินการสื่อสารกับองค์กรเรื่องการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH รวมถึงการวัด ประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องผ่านทางสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH

๓.๒ ประมวลผลจำนวนหน่วยงานที่มีการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานจาก Application หรือ Web-based data

๓.๓ สำรวจระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH

ผลลัพธ์ที่ต้องการและแนวทางการตรวจ/ติดตาม

กำหนดเวลาตรวจ/ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	แหล่งข้อมูลที่จะใช้ในการตรวจ/ติดตาม	หมายเหตุ
๓ เดือน	-	-	เป็นระยะที่ส่วนกลางเตรียมการเพื่ออำนวยความสะดวกให้พื้นที่สามารถนำดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH
๖ เดือน	๑. หน่วยงานร้อยละ ๓๐ มีระดับความสำเร็จของการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป ๒. หน่วยงานร้อยละ ๓๐ มีระดับความสำเร็จของการนำ Core value MOPH ไปใช้ตั้งแต่ระดับที่ ๓ ขึ้นไป	๑. Application หรือ Web-based data และข้อมูลรายงานจากการสำรวจ	-
๙ เดือน	๑. หน่วยงานร้อยละ ๔๐ มีระดับความสำเร็จของการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป	๑. Application หรือ Web-based data	-
๑๒ เดือน	๑. หน่วยงานร้อยละ ๕๐ มีระดับความสำเร็จของการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป ๒. หน่วยงานร้อยละ ๕๐ มีระดับความสำเร็จของการนำ Core value MOPH ไปใช้ตั้งแต่ระดับที่ ๓ ขึ้นไป	๑. Application หรือ Web-based data และข้อมูลรายงานจากการตรวจราชการรอบแรก (Paper)	-

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ /กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ / e-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่ รับผิดชอบ
นางธิติภัทร คูหา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	Tel.๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ e-mail :inspect.n@gmail.com	- ให้ข้อมูลทางวิชาการ
นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์	นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	Tel. ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ e-mail :hrh.bps@gmail.com	- ให้ข้อมูลทางวิชาการ
พญ.ปิยนุช วรรณา	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีษะเกษ	Tel. ๐๘๙ ๖๒๖๔๐๑๔ e-mail : nulam๑@gmail.com	- ดัชนีวัดความสุขของคนทำงาน
นางสาวจีรพร ทองหอม	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กลุ่มบริหารงานบุคคล	Tel. ๐๒ ๕๙๐๑๓๔๔ e-mail : jeerap_๑๕@hotmail.com	- ให้ข้อมูลทางวิชาการ
นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ กลุ่มบริหารงานบุคคล	Tel. ๐๒ ๕๙๐๑๓๔๔ e-mail : sudjatch@gmail.com	- ให้ข้อมูลทางวิชาการ

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๑๑. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๓. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๗๔. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้**
คำนิยาม	**หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง** หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life index) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมินและนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น ๕ ระดับ ได้แก่ ระดับที่ ๑ ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ระดับที่ ๒ มีการสำรวจข้อมูล ระดับที่ ๓ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ระดับที่ ๔ มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน ระดับที่ ๕ มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐

วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆเพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน"
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based ๒.รายงานของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน
ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	มีการชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการวัดดัชนีความสุขของ	หน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน	ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของ

	คนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้	(Happy Work life index) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงานนั้น	คนทำงาน (Happy Work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ ๓ ขึ้นไป

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ ๗๐

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ ๘๐

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ ๙๐

วิธีการประเมินผล :	สำรวจ
เอกสารสนับสนุน :	-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
-	ร้อยละ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

๑. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๔๑๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๖๑๓๓๔๕๔
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : sansernx@gmail.com

กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. นางสาวจีรพร ทองหอม นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๓๔๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๑-๗๓๙๒๙๐๘,๐๘๑-๔๕๙๔๘๗๑
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : jeerap_๑๕@hotmail.com

๒. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๓๔๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๘๙๗๗๙๖
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : sudjaich๑@gmail.com

กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. นางธิติภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๐๑๘๘๒๑๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๓๘๔ E-mail : inspect.n@gmail.com ๒. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐-๒๕๙๐๒๔๕๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๙๓๓๕๓๔๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๓๘๔ E-mail : hrh.bps@gmail.com **สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางสาวจีรพร ทองหอม นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๓๔๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๑-๗๓๙๒๙๐๘,๐๘๑-๔๕๙๔๘๗๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : jeerap_๑๕@hotmail.com ๒. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๓๔๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๘๙๗๗๙๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : sudjaich๑@gmail.com **กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** ๑. นางธิติภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๐๑๘๘๒๑๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๓๘๔ E-mail : inspect.n@gmail.com ๒. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๙๓๓๕๓๔๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๓๘๔ E-mail : hrh.bps@gmail.com **สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

หัวข้อ ๓.๓ การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัด ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

สถานการณ์

<u>หลักการและเหตุผล</u>

๑. ระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐ เริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข

๒. การผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขยังไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่เป็นไปตามที่พึงประสงค์ มีการสูญเสียกำลังคนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเกิดการขาดช่วงในการหาบุคคลมาทดแทนการขาดแคลนอัตรากำลังที่จำเป็น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีภาระงานมากกว่าปริมาณที่บุคลากรคนหนึ่งตำแหน่งหนึ่งจะทำได้ในระยะเวลาหนึ่งตามกรอบมาตรฐานที่กำหนด จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคประชาชนและภาคประชาสังคมให้เข้มแข็ง เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพในชุมชนที่มีศักยภาพและเป็นแกนหลักในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพของประชาชน

๓. พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases : NCDs) มากขึ้น

๓.๑ มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวนถึง ๑ ล้านคน และมีจำนวน ๙ แสนหกหมื่นคนที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ส่วนอีก ๖ หมื่นสามพันคนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘) และปี ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีผู้สูงอายุติดบ้าน ๒๓๕,๓๐๑ คน และผู้สูงอายุติดเตียง ๑๓๖,๖๗๗ คน (ข้อมูล TDRI ณ ๗ ตุลาคม ๒๕๕๙)

๓.๒ มีคนไทยจำนวนถึง ๑๔ ล้านคน ที่เป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศ โดยจากสถิติปี พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่า มีประชากรเสียชีวิต จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน หรือ คิดเป็น ๗๓% ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดในปี ๒๕๕๒

๓.๓ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ ๘ ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ๒ แสนคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน โดยผู้ป่วยไต ๑ คน มีค่าใช้จ่ายในการล้างไตเฉลี่ยเดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท แต่ละปีใช้งบประมาณสูงถึง ๓,๐๐๐ ล้านบาท คาดว่าปี ๒๕๖๐ อาจต้องใช้งบประมาณถึงกว่า ๑๗,๐๐๐ ล้านบาท (ข้อมูลจากสมาคมโรคไต)

๓.๔ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๔ จำนวน ๘๖,๗๐๘ คน (ข้อมูลจาก Dashboard - HDC - กระทรวงสาธารณสุข) และในระยะนี้หากได้รับการดูแลสุขภาพอย่างดีจะทำให้ลดระยะการป่วยจากระยะที่ ๔ เป็นระยะที่ ๓ หรืออยู่ในภาวะคงที่ระยะที่ ๔

๓.๕ หากผู้ป่วยโรคไตได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรกๆ ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ จะชะลอการเกิดไตวายระยะสุดท้ายนานขึ้น จาก ๗ ปี เป็น ๑๔ ปี (ข้อมูลบทเรียนจากกำแพงเพชรของสถาบันไตภูมิราชนครินทร์ ร่วมกับโรงพยาบาลคลองขลุง และโรงพยาบาลทรายทองพัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร)

๔. ประเทศไทย มีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประเทศมุ่งหวังให้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-Care) ให้ประชาชนได้เลือกวิธีการหรือกิจกรรมที่ใช้ประพฤติปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยกันเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ระวังรักษาร่างกายให้สะอาดปราศจากเชื้อโรค ภัย อันตรายที่อาจจะทำให้บาดเจ็บ ป่วย เสี่ยงหรือพิการ การดูแลจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสและระวังภัยจากสังคม ตลอดจนการวิเคราะห์ สืบค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง โดยการใช้องค์ความรู้ ภูมิปัญญา เทคโนโลยีและทรัพยากรพื้นฐานในครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเริ่มจากการสร้างระบบการสร้างความรู้ในชุมชนที่ต้องมีคนที่รู้เรื่องสุขภาพ และเป็นศูนย์รวมในการให้คำปรึกษาหารือเรื่องสุขภาพและเป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ อสม. ผสส.

๕. กระทรวงสาธารณสุขขยายเครือข่ายการสร้างความรู้ให้ประชาชนจากชุมชนไปสู่ถึงครัวเรือนด้วยการกำหนดนโยบายส่งเสริมให้มี อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ด้วยการให้นำบุตรหลาน ญาติสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมาเข้ารับการอบรมหรือเรียนรู้ร่วมกับญาติที่ป่วยว่าควรจะดูแลอย่างไรและจะทำอย่างไรให้คนในครอบครัว มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อเสริสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการสร้างกระบวนการให้ประชาชนดำเนินการตามหน้าที่ของพลเมืองในการมีความรู้ ความเข้าใจและประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างรับผิดชอบด้วยความรู้สึกว่า “สุขภาพเป็นของเรา” ในทุกครอบครัว อย่างน้อยครอบครัวละ ๑ คน จะมี อสค.ที่มีความรู้และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว อันเป็นการเชื่อมโยงหนุนเสริมการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน ตลอดจนทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้และเสริมพลังกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย โดยเริ่มดำเนินการครั้งแรกตั้งแต่เดือนมิถุนายน ๒๕๕๙ เป็นต้นมา และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง เกิดผลเชิงรูปธรรมของผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน อสค.และเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว จึงกำหนดเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

<u>ความสัมพันธ์กับแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข</u>

การเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว โดยกลไกกำลังคนด้านสุขภาพเครือข่ายภาคประชาชน ในรูปแบบอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เป็นแผนงานตามยุทธศาสตร์เฉพาะของรัฐบาล (Agenda) กลุ่มงานด้านสังคม ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๗๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม สอดคล้องกับ

(๑) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) เป้าหมายที่ ๓ ทำให้แน่ใจถึงการมีสุขภาวะในการดำรงชีวิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ

(๒) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ในยุทธศาสตร์ ๑ การเสริมสร้างและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์: ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพภาครัฐ และพัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย และยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

(๓) ประเด็นการปฏิรูปของสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทย: เรื่อง การวางแผนกำลังคนภาครัฐเชิงยุทธศาสตร์

(๔) นโยบายรัฐบาลพลเอกประยุทธ จันทร์โอชา ได้แก่ ข้อ ๕ การยกระดับคุณภาพ และบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยจะวางรากฐาน พัฒนา และเสริมความเข้มแข็งให้แก่การบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพประชาชน

(๕) ยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข คือ (๑) ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) แผนที่ ๑๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการที่ ๔ โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ (๒) นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้สมาชิกในครัวเรือนเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ข้อมูลผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา

ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ อาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จำนวน ๔๐,๐๐๐ คน จากการสนับสนุนงบประมาณของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และจังหวัดดำเนินการเพิ่มเติมภายใต้ทรัพยากรของพื้นที่ จำนวน ๑๐,๖๕๒ คน รวมจำนวนทั้งสิ้น ๕๐,๖๕๒ คน (ข้อมูลจากรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน อสค. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน)

เป้าหมายรายจังหวัดจัดกลุ่มเขต

พื้นที่ดำเนินการทั่วประเทศ จำนวนเป้าหมาย ๘๖,๗๐๐ คน รายละเอียดเป้าหมายรายจังหวัดปรากฏตามเอกสารที่เกี่ยวข้อง เรื่อง เป้าหมายรายจังหวัด

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ ในเขตรับผิดชอบ

(ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก http://hdcservice.moph.go.th/ วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙)

เขตสุขภาพที่	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ (คน)
๑	๑๑,๕๑๕
๒	๕,๖๓๑
๓	๕,๐๙๘
๔	๕,๔๒๓
๕	๖,๐๐๐
๖	๕,๓๕๒
๗	๙,๗๓๗
๘	๑๐,๗๓๑
๙	๙,๘๔๕
๑๐	๙,๓๐๘
๑๑	๓,๙๖๒
๑๒	๔,๐๙๘
รวม	**๘๖,๗๐๐**
๑๓	เฉพาะเป้าหมายของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (อยู่ระหว่างที่กรุงเทพมหานครและเครือข่ายสุขภาพ ตรวจสอบข้อมูล เพื่อตั้งเป้าหมายดำเนินการ)

หมายเหตุ ทุกจังหวัดทุกกลุ่มเขตสามารถเพิ่มเป้าหมายการดำเนินงานได้ ตามสภาพปัญหา บริบท ข้อมูลจริงและความพร้อมของพื้นที่ ทั้งนี้ให้แจ้งเป้าหมายที่เพิ่มเติมมายังกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อทราบและพิจารณาให้การสนับสนุนทรัพยากรตามเหมาะสม

<u>วัตถุประสงค์</u>

๑. เพื่อสนับสนุนและพัฒนาภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคประชาชนให้เข้มแข็ง ภายใต้ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ ให้สามารถหนุนเสริมระบบบริการสุขภาพ (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ) และสุขภาวะในการดำรงชีวิต และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกกลุ่มทุกช่วงอายุ (PP Excellence Strategies) ด้วยการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

๑) เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน

๒) เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ

๓) เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด

๔) เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน

๒. เพื่อส่งเสริมให้ทุกระบบบริการสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในทุกกลุ่มวัย อาทิ คลินิกโรคไต คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิกความดันโลหิต เบาหวาน การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทีมหมอครอบครัวฯลฯ มีระบบอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) นำมาเสริมฐานทุนเดิมของภาครัฐให้เกิดเป็นพลังในระบบสุขภาพของประเทศ ต่อยอดการดูแลสุขภาพจากบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขสถานพยาบาล อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ขยายผลไปถึงครอบครัว อย่างน้อยแต่ละครอบครัวจะมี ๑ คน ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และสมาชิกที่มีในครอบครัวได้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาของชุมชน

หมายเหตุ: อสค. ไม่มีค่าตอบแทนหรือสิ่งตอบแทนใดๆและ อสค.จะไม่เรียกร้องสิ่งตอบแทนใดๆ ทำเพื่อบุคคลในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

การตรวจราชการรอบที่ ๑

๑. การพัฒนาศักยภาพ อสค. เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว โดยกลไกการหนุนเสริมระบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ

๒. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว

การตรวจราชการรอบที่ ๒

๑. การประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

๒. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : (๑) การพัฒนาศักยภาพ อสค. เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว โดยกลไกการหนุนเสริมระบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ			
๑. ทุกจังหวัดมี อสค. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและเป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว	๑.๑ พัฒนากลไกการหนุนเสริมการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ	(๑) มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กระบวนการดำเนินงาน บทบาทของแต่ละภาคส่วนในการขับเคลื่อนงานและสิ่งที่จะได้ประโยชน์ ที่จะเกิดขึ้นทั้งในภาพรวมส่วนงานและประชาชน (๒) มีการประสานงานบูรณาการร่วมกันระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง สถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข รพ.สต.ทีมหมอครอบครอบครัว ผู้จัดการ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) อสม. ฯลฯ สร้างเป็นกลไกในการหนุนเสริมการดูสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ (๓) ใช้กลไกตามข้อ (๒) ขับเคลื่อนติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน อสค.และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว	มีเครือข่ายทุกภาคส่วนทุกระดับ (โดยเฉพาะหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพภาคประชาชน) เป็นกลไกการขับเคลื่อนและหนุนเสริมการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบล
	๑.๒ พัฒนาศักยภาพ อสค. เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว	(๑) มีข้อมูล ■ครอบครัว โรค/ปัจจัย/ภาวะของสมาชิกในครัวเรือนที่มีต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่เขตรับผิดชอบ/ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ■ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลครอบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงติดสังคม ครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและหรือโรคเบาหวานที่เป็นโรคไตในแต่ละระยะรวมถึงข้อมูลกลุ่มวัยอื่น ■ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ครอบครัวผู้ป่วย โรคความดันโลหิตและหรือ โรคเบาหวานที่เป็นโรคไตที่ได้รับการสอนหรือถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพจากคลินิก CKD NCD หรือทีมหมอครอบครัว เครือข่ายเยี่ยมบ้าน ทีมสหสาขา หรือโรงเรียนเกี่ยวกับการรักษ์ไต ความดัน เบาหวาน	มี อสค. ที่มีความรู้ความเข้าใจและประพฤติปฏิบัติตนจริงอย่างเป็นรูปธรรมตามบทบาท อสค.ที่กำหนด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		(๒) มีการวิเคราะห์ข้อมูล (๑) กำหนดจำนวนและกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานตามเงื่อนไขกำหนดและหรือเพิ่มเติมตามจำเป็นและบริบท (๓) มีแผนการดำเนินงาน ■พัฒนาศักยภาพ อสค. ตามหลักสูตร ประกอบด้วย - ขั้นตอนการคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดของ อสค. โดย**ไม่เลือกบุคคล ผู้มีตำแหน่งเป็น อสม.** อยู่แล้ว ทั้งนี้ให้กลไกตามมาตรการ ๑.๑ เป็นผู้ดำเนินการ - ขั้นตอนพัฒนาศักยภาพหรือฝึกอบรม อสค. ■ส่งเสริมบทบาท อสค. ให้ประพฤติปฏิบัติตนตามบทบาทได้จริง ■เสริมสร้างศักยภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกิดการประพฤติปฏิบัติตนอย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อยกลุ่มผู้ป่วยที่ อสค. ดูแล ■ติดตาม กำกับ ประเมินผล อสค. และครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (๔) มีการดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสค. และแผนที่เกี่ยวข้องตามข้อ (๓) ทั้งนี้**การพัฒนาศักยภาพ อสค. หรือการฝึกอบรม อสค. มิได้หมายถึง** เพียงการนำสมาชิกของแต่ละครอบครัวที่ผ่านการคัดเลือกมารวมกลุ่มเข้าห้องเรียนฟังบรรยาย ๑ วัน แล้วมอบประกาศนียบัตร **แต่หมายถึง** - กระบวนการ วิธีการ ที่คลินิกโรคต่างๆ เช่น โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันหรือการสอนหรือการจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกับญาติที่ป่วยเมื่อมารับบริการของสถานพยาบาลต่างๆ ในการถ่ายทอดความรู้ ฟังเรื่องราวประสบการณ์จากของจริง ทั้งการ	

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		บรรยาย อธิบาย ฝึกปฏิบัติ สาธิต พา ทำ จับมือสอนทำ ตัวอย่างของจริง เพื่อให้ผู้ที่จะมาเป็น อสค. มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้จริง (การเรียนรู้ของ อสค. เน้นการปฏิบัติจริง) - การจัดทีมหมอครอบครัว ทีมสหสาขา เครือข่ายเยี่ยมบ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ไปสอนที่บ้านกับของจริง - เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาจากของจริงในครอบครัว ในชุมชน **และมีการเรียนรู้ร่วมกับ อสม.** ในวันที่มีการประชุม อสม. เพื่อ - ให้อสค.และอสม. เป็นเครือข่ายประสานงานซึ่งกันและกัน โดย อสม. จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง อสค. - สร้างความรู้ความเข้าใจ ในบทบาท อสค. คุณธรรมจริยธรรม และการช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตา ให้แก่ อสค. - มอบประกาศนียบัตร บัตรประจำตัว อสค. การอบรมร่วมนี้ทำภายหลังจากการเรียนรู้ร่วมกับญาติ สำหรับประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัว อสค. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้จัดทำโปรแกรมการพิมพ์ให้จังหวัดสามารถดำเนินการได้ ส่วนคู่มือ อสค. หลักสูตร อสค. แนวทางการดำเนินงานและงบประมาณกรมสนับสนุนบริการสุขภาพสนับสนุนโดยตรงไปยังจังหวัดตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนดหรือเพิ่มเติมตามแจ้งมายังกรมฯ (๕) ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงวิธีการ แผนงาน	
	๑.๓ บริหารจัดการข้อมูล	(๑) มีการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยจังหวัดผ่าน http://fvphc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net (๒) มีการใช้ข้อมูลในการกำกับ ติดตาม	มีการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อย่างถูกต้องทันสมัย เป็นปัจจุบัน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ประเมินผลการดำเนินงานของ อสค. เชื่อมต่อกับข้อมูล ๔๓ แฟ้มของพื้นที่ และ hdcservice ของกระทรวงสาธารณสุข (๓) มีการส่งต่อข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและประเมินผลการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น: (๒) การพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว			
๑. ทุกจังหวัดมี อสค. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและเป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว	๒.๑ พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร	(๑) มีการสร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค.กับ อสค.โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุค ฯลฯ (๒) มีการสร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค.กับ อสม. โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุค ฯลฯ (๓) มีการสร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค. อสม.และเจ้าหน้าที่โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุค ฯลฯ	มีระบบสื่อสารเทคโนโลยีที่ทันสมัย อสค. อสม.และเจ้าหน้าที่สื่อสารถึงกันได้ง่าย รวดเร็ว ทั่วถึง เหมาะสมกับบริบท
	๒.๒ พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว	(๑) มีการพัฒนาหรือประยุกต์ใช้ระบบสื่อสารและเทคโนโลยี เพื่อสร้างการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของ อสค.และของครอบครัว อาทิ แอพพลิเคชั่น ไลน์ เฟซบุค ฯลฯ	มีระบบสื่อสารเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัย ครอบครัวเข้าถึงได้ง่าย
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : (๓) การประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง			
๒. ทุกจังหวัดมีครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓.๑ พัฒนากระบวนการประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง	(๑) มีระบบ/ทีม/กลไกการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (๒) มีการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. ทุกคน (รายละเอียดปรากฏในเอกสารที่เกี่ยวข้องเรื่อง รายละเอียดตัวชี้วัด และ เรื่องการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง) - สุ่มประเมินตามลำดับชั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาล	มีครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ในระบบของกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป (ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ ดำเนินการสุ่มประเมิน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางาน โดยขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๓๐ ของ อสค.ที่ได้รับการพัฒนา) (๓) มีการนำข้อมูลการประเมินศักยภาพครอบครัว ในการดูแลสุขภาพเข้าระบบ (๔) มีการประเมินผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวจากการมี อสค. และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัวในภาพรวมของจังหวัด เขต	

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่รับผิดชอบ
นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๕	วิชาการ
นางวิรุณศิริ อารยวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๕	วิชาการ
นายนภดล ครุฑน้อย	กองแผนงาน	๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓/ dol.kr@gmail.com	บริหารจัดการและการรายงานผลงาน

คู่มือระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑. รายละเอียดตัวชี้วัดร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี	
หมวด	People Excellence
แผนที่	๑๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	๔. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๗๘. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตรวจราชการ ๖๐)
คำนิยาม	**ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด** หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย ๑. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (๑) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (๒) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (๓) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน ๒. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (๑) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (๒) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (๓) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ(๔) บำรุงรักษาจิตใจ **อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง** สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้

เกณฑ์เป้าหมาย

	ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
จำนวน (คน)	๘๖,๗๐๐ *				
ร้อยละ	๕๐				

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน ๒. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ ๓. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด ๔. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยง ส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง** (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข * **ปี ๒๕๖๐ :** ร้อยละ๑๐๐ ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ ๔ หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การจัดเก็บข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่และพัฒนา อสค. ดำเนินการขึ้นทะเบียน อสค. ที่ผ่านการพัฒนาทุกคน บนฐานข้อมูล โดยเข้าบันทึกข้อมูลได้ ๒ ช่องทาง คือ ๑) ฐานข้อมูล http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ ๒) โปรแกรมบนเว็บไซต์ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net ๒. การจัดเก็บข้อมูลประเมินศักยภาพครอบครัว ๒.๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. โดย อสค.แต่ละคนที่ดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเอง ตามแบบประเมินแล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง(Self Assessment)ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร ๒.๒ ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต และส่วนกลางสุ่มประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกข้อมูลผลประเมินบนเว็บไซต์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด = $\frac{\text{รายการข้อมูล ๑ X ๑๐๐}}{\text{รายการข้อมูล ๒}}$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐ :

	รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
จำนวน (คน)	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย ๑๐,๐๐๐	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก ๓๐,๐๐๐	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก ๔๖,๗๐๐	-
ร้อยละ	-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ ที่กำหนด ๕๐

วิธีการประเมินผล :

การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด** ประเมินโดย จังหวัด เขต และส่วนกลางด้วยวิธีการ ดังนี้

๑. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. โดย อสค.แต่ละคน เมื่อประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร

๒.การสุ่มประเมิน ตามลำดับชั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐ ของ อสค.ที่ได้รับการพัฒนา) โดยนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่านฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net

**เกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ บทบาท อสค.:การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ ๖๐:๔๐

ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน

บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก
๑.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	๒๐	๑. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	๑๐
๒.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	๒๐	๒.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	๑๐
๓.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	๒๐	๓. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	๑๐
		๔.บำรุงรักษาจิตใจ	๑๐
รวม	**๖๐**	**รวม**	**๔๐**
รวมทั้งหมด = ร้อยละ ๗๐ จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด			

เอกสารสนับสนุน :

๑. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
๒. หลักสูตร อสค.
๓. คู่มือ อสค.
๔. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว
๕. โปรแกรมการขึ้นทะเบียน อสค. และโปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตร,บัตรประจำตัว อสค.
๖.แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. ผ่านระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาค

<table>
<tr><td></td><td>ประชาชนwww.thaiphc.net)
หมายเหตุ เอกสารหมายเลข ๑ ๒และ๓ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อสค. (คู่มือ อสค.) ตามจำนวนสถานบริการสุขภาพ (หลักสูตรและแนวทางการดำเนินงาน อสค.) นอกจากนี้ทุกพื้นที่สามารถดาวน์โหลดผ่านทางเว็บไซต์ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th/</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๗</th><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th></tr>
<tr><td>๑.จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</td><td>คน</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>๒. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑. นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
๒. นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๕
อีเมล์ phc.division@gmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๒๔
อีเมล์ phc.division@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นายนพดล ครุฑน้อย
กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ โทร ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ อีเมล์ dol.kr@gmail.com</td></tr>
</table>

๒. เป้าหมายการดำเนินงานรายจังหวัดจัดกลุ่มเขต

เป้าหมายการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ รายจังหวัดจัดกลุ่มเขต: ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๔ จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	เชียงราย	๒,๕๖๖	
	เชียงใหม่	๑,๕๔๒	
	น่าน	๑,๒๔๖	
	พะเยา	๑,๓๗๗	
	แพร่	๑,๕๗๘	
	แม่ฮ่องสอน	๑๘๗	
	ลำปาง	๒,๓๒๑	
	ลำพูน	๖๙๘	
รวมเขตสุขภาพที่ ๑		**๑๑,๕๑๕**	
เขตสุขภาพที่ ๒	ตาก	๕๘๑	
	พิษณุโลก	๑,๒๐๐	
	เพชรบูรณ์	๑,๖๓๘	
	สุโขทัย	๑,๓๘๙	
	อุตรดิตถ์	๘๒๓	
รวมเขตสุขภาพที่ ๒		**๕,๖๓๑**	
เขตสุขภาพที่ ๓	กำแพงเพชร	๑,๕๐๑	
	ชัยนาท	๒๒๑	
	นครสวรรค์	๑,๗๖๐	
	พิจิตร	๑,๐๓๖	
	อุทัยธานี	๕๘๐	
รวมเขตสุขภาพที่ ๓		**๕,๐๙๘**	
เขตสุขภาพที่ ๔	นครนายก	๓๙๑	
	นนทบุรี	๙๑๙	
	ปทุมธานี	๔๗๒	
	พระนครศรีอยุธยา	๘๔๓	
	ลพบุรี	๙๒๑	
	สระบุรี	๙๐๐	
	สิงห์บุรี	๕๕๐	
	อ่างทอง	๔๒๗	
รวมเขตสุขภาพที่ ๔		**๕,๔๒๓**	

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๕	กาญจนบุรี	๗๙๖	
	นครปฐม	๖๓๙	
	ประจวบคีรีขันธ์	๕๗๑	
	เพชรบุรี	๔๘๙	
	ราชบุรี	๑,๑๓๔	
	สมุทรสงคราม	๒๓๗	
	สมุทรสาคร	๔๗๖	
	สุพรรณบุรี	๑,๖๕๘	
รวมเขตสุขภาพที่ ๕		**๖,๐๐๐**	
เขตสุขภาพที่ ๖	จันทบุรี	๕๔๒	
	ฉะเชิงเทรา	๙๕๘	
	ชลบุรี	๑,๒๗๖	
	ตราด	๒๖๘	
	ปราจีนบุรี	๕๙๕	
	ระยอง	๔๗๔	
	สมุทรปราการ	๘๗๓	
	สระแก้ว	๓๖๖	
รวมเขตสุขภาพที่ ๖		**๕,๓๕๒**	
เขตสุขภาพที่ ๗	กาฬสินธุ์	๒,๔๑๗	
	ขอนแก่น	๒,๗๘๑	
	มหาสารคาม	๑,๘๓๔	
	ร้อยเอ็ด	๒,๗๐๕	
รวมเขตสุขภาพที่ ๗		**๙,๗๓๗**	
เขตสุขภาพที่ ๘	นครพนม	๑,๕๔๓	
	บึงกาฬ	๑,๐๖๐	
	เลย	๑,๓๘๘	
	สกลนคร	๒,๗๙๒	
	หนองคาย	๘๔๐	
	หนองบัวลำภู	๘๓๔	
	อุดรธานี	๒,๒๗๔	
รวมเขตสุขภาพที่ ๘		**๑๐,๗๓๑**	
เขตสุขภาพที่ ๙	ชัยภูมิ	๑,๙๙๖	
	นครราชสีมา	๓,๐๖๘	
	บุรีรัมย์	๒,๙๖๙	
	สุรินทร์	๑,๘๑๒	
รวมเขตสุขภาพที่ ๙		**๙,๘๔๕**	

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑๐	มุกดาหาร	๖๓๔	
	ยโสธร	๑,๒๔๐	
	ศรีสะเกษ	๒,๖๘๔	
	อำนาจเจริญ	๙๙๘	
	อุบลราชธานี	๓,๗๕๒	
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๐		**๙,๓๐๘**	
เขตสุขภาพที่ ๑๑	กระบี่	๓๒๑	
	ชุมพร	๕๑๖	
	นครศรีธรรมราช	๑,๔๑๙	
	พังงา	๔๔๕	
	ภูเก็ต	๑๓๘	
	ระนอง	๙๓	
	สุราษฎร์ธานี	๑,๐๓๐	
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๑		**๓,๙๖๒**	
เขตสุขภาพที่ ๑๒	ตรัง	๕๔๑	
	พัทลุง	๖๓๘	
	สตูล	๒๑๖	
	สงขลา	๑,๓๕๑	
	นราธิวาส	๔๒๖	
	ปัตตานี	๕๖๔	
	ยะลา	๓๖๒	
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๒		**๔,๐๙๘**	
รวม	๗๖ จังหวัด	**๘๖,๗๐๘**	**ร้อยละ ๕๐ ของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (๔๓,๓๕๔ ครอบครัว)**
เขตสุขภาพที่๑๓	กรุงเทพมหานคร		
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๓	๕๐ เขต		
รวมทั้งหมด			

๓. หลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ความนำ

ระบบการสร้างความรู้ในชุมชนของประเทศไทยได้เริ่มต้นเมื่อ ๓๙ ปีที่แล้ว ได้แก่การมี อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นจุดสำคัญในการเริ่มต้นให้คนมีความรู้เรื่องสุขภาพ โดยในระยะแรกจะมีอาสาสามัครสาธารณสุข ๒ ประเภท คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเน้นหนักการรักษาพยาบาลเบื้องต้นกับการสื่อสารข้อมูล โดยผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ต่อมาในปี ๒๕๓๕ ได้มีการรวมอาสาสมัคร ทั้ง ๒ ประเภทเข้าด้วยกัน เป็น อสม. ประเภทเดียว จุดเริ่มต้นของ อสม. จากความคิดที่ว่า ๑๐ ครัวเรือนต้องมีคนที่รู้เรื่องสุขภาพ และเป็นศูนย์รวมในการปรึกษาหารือเรื่องสุขภาพได้ ซึ่งได้มีการขยายตัวของงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวจักรขับเคลื่อนสำคัญ จนปัจจุบันมี อสม. ๑.๐๔ ล้านคน ที่เป็นคนเอกซเรย์ให้คำแนะนำด้านสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐาน ประชาชนรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ได้ทำงานแทนหรือทำงานให้เจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ก็ไม่ได้ทำงานให้หรือทำงานแทนสิ่งที่ประชาชนจะทำได้ด้วยตนเอง ทั้งสองฝ่ายต่างมีบทบาทหน้าที่เท่าเทียมกันในการทำประโยชน์ให้กับสังคม โดยมีเป้าหมายให้ประชากรไทยสามารถยืนขึ้นได้เองในการพัฒนาสุขภาพ

จากเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประเทศที่มุ่งหวังให้ประชาชนไทยทั้งระดับบุคคลและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วยการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน อันจะส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพกาย ใจ สติปัญญา สุขภาพสิ่งแวดล้อมดี มีคุณธรรม สามารถแข่งขันได้ในเวทีนานาชาติ หรือ คนไทยเก่ง ดี มีความสุข และโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ความเสี่ยงและภัยสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยลดลง จำเป็นต้องมีการขยายเครือข่ายและต่อยอดจาก อสม. ด้วยการสร้างเครือข่าย (network) เข้าสู่ครัวเรือน ให้มีคนรู้วิธีในการดูแลสุขภาพมากถึง ๔ ล้านคนทั่วประเทศ ในปัจจุบันการสร้างเครือข่าย (network) เป็นเรื่องสำคัญ สำคัญกว่าข่าวสาร (Information) ซึ่งถ้ากระทรวงสาธารณสุขสามารถพัฒนาระบบเครือข่ายดังกล่าวนี้ขึ้นมา กระทรวงสาธารณสุขเชื่อมั่นว่าในเขตชนบทสามารถดูแลจัดการได้ แต่หากเป็นเขตเมืองอาจจะใช้เทคโนโลยี เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ค แต่ต้องพิจารณาให้รอบด้านมากขึ้นว่าจะใช้อย่างไร เพราะเรื่องความลับด้านสุขภาพยังมีอยู่ เพราะคนอื่นจะรู้ว่าเราเป็นโรคอะไร แต่ทิศทางในอนาคตของการสร้างให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเชื่อว่าต้องไปทางเทคโนโลยีมากขึ้น เช่น ในเขตเมืองเคยมีตัวอย่างสามีเป็นอัมพาตก็ให้ภรรยาช่วยดูแลผ่านทางเฟซไทม์ได้

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.โสภณ เมฆธน) มีนโยบายเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมากขึ้น จากเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขอาจจะเน้นในเชิงรักษาอย่างเดียว โดยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้คนไทยได้เรียนรู้ที่จะป้องกันดูแลตัวเอง ในเบื้องต้น และส่งต่อไปยังชุมชนรอบข้าง ด้วยการมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อเพิ่มการรู้เท่าทันในด้านสุขภาพมากขึ้น ทั้งการป้องกันโรคใน ๕ กลุ่มวัย โดยเฉพาะในบ้านที่มีผู้สูงอายุ บ้านที่มีคนป่วยไตวายเรื้อรัง บ้านที่มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส ให้นำบุตรหลาน ญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล มาเข้ารับการอบรมว่าควรจะดูแลอย่างไร จะล้างไตทางช่องท้องอย่างไร คนวัยทำงานทำอย่างไรจะป้องกันโรคติดต่อเรื้อรังได้ หรือผู้สูงอายุจะทำอย่างไรให้มีสุขภาพแข็งแรงดูแลตัวเองได้ โดยมีชุมชนเป็นตัวสนับสนุน อันเป็นการต่อยอดการดูแลสุขภาพจาก อสม.เข้าไปในครัวเรือนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยกำหนดเป้าหมายว่า ครอบครัวหนึ่ง จำเป็นต้องมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อย่างน้อย ๑ คน ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวได้รับการถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ ทำให้เกิดทักษะทั้งในระดับบุคคลและครอบครัวในการวิเคราะห์ สามารถจัดการความเสี่ยง ภัยสุขภาพ และดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส และ ๕ กลุ่มวัย ตามแต่สมาชิกที่มีใน

ครอบครัวตนเอง เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับครอบครัว ที่จะเชื่อมต่อและช่วยเสริมการดำเนินงานของ อสม. ได้เป็นอย่างดี มีความยืดหยุ่นมากกว่า อสม. ที่มีระเบียบกฎเกณฑ์ บทบาทหน้าที่ และสวัสดิการไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ในการคัดเลือกอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดอาจจะพิจารณาถึงความเหมาะสมในรูปแบบต่างๆได้ ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จงอย่าเร่งรัดและเข้มงวดกับประชาชน และให้โอกาสประชาชนตัดสินใจว่าจะร่วมงาน มีส่วนร่วมหรือไม่ หากประชาชนไม่พร้อมก็ควรเปลี่ยนจุดไปยังจุดอื่น โดยคำนึงถึงต้นทุนเดิมที่มีและทำอยู่ของพื้นที่ ไม่ต้องห่วงเป้าหมายที่ได้รับจนเกินไป ค่อยๆทำอย่างจริงจัง มีความชัดเจนในแนวคิด จะทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ ความสำเร็จก็ไม่ยากที่จะบรรลุได้

หลักการ

๑. เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่มีความรู้พื้นฐาน ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยยกระดับจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยโรคไต กลุ่มผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวผู้ซึ่งได้รับการถ่ายทอดความรู้ คำแนะนำ และทักษะจากการสาธิต ทดลองปฏิบัติ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสหสาขาและหรือ อสม. จิตอาสา ในการนำผู้ป่วยไปรับบริการสุขภาพ ณ สถานบริการสุขภาพ และหรือเข้าร่วมกิจกรรมของสถานบริการสุขภาพ กลุ่ม ชมรมที่เป็นสมาชิกอยู่

๒. เป็นหลักสูตรที่เน้นการดำเนินการนำความรู้ที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข ประจำสถานบริการสุขภาพทุกระดับและความรู้จาก อสม. จิตอาสา ไปใช้ในการปฏิบัติจริงในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และเป็นหลักสูตรที่ให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยโรคไต กลุ่มผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับความรู้สึก นึกคิด และสภาพจิตใจของผู้ดูแล เพื่อแบ่งปันความรู้สึกแก่กัน

๓. เป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้ฝึกอบรมบนฐานทุนเดิม ด้วยการเรียนแบบผ่อนส่ง ด้วยวิธีการที่ทำและมีอยู่แล้ว เพียงจัดระบบของผู้ที่ผ่านการเรียนรู้ด้วยวิธีการต่างๆที่ดำเนินการอยู่ มาสร้างความเข้าใจเพิ่มเติมแล้วยกระดับพร้อมขึ้นทะเบียน รวมถึงเป็นหลักสูตรที่สามารถจัดการเรียนรู้ได้ตามศักยภาพและโอกาสของผู้เรียน

จุดมุ่งหมาย

๑. มีความรู้ เจตคติ ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองแก่สมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิผล

๒. มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพให้กับครอบครัวที่เหมาะสมกับโรค วัย ความเสี่ยง ภัยสุขภาพ และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้

๓. มีทักษะในปฏิบัติงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ได้อย่างมีคุณภาพ และเชื่อมโยง ส่งต่อเป็นเครือข่ายสานต่อการดูแลสุขภาพกับ อสม. อย่างเป็นร่างแหเดียวกัน ไม่ซ้ำซ้อนกัน

๔. มีความสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า สร้างสรรค์ ความเจริญต่อชุมชน ท้องถิ่นและประเทศไทย ตลอดจนชุมชนมีความมั่นคงในการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

๕. มีบุคลิกภาพ เจตคติ มนุษยสัมพันธ์ มีคุณธรรม จริยธรรม และวินัยในตนเอง มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมุขภาพ เหมาะสมกับงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

สมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ตามหลักสูตร

๑. ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

๒. ถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว

๓. ช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพ ของประชาชนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

๔. วิเคราะห์และจัดการความเสี่ยง ภัยสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งนำสมาชิกไปรับบริการสุขภาพเมื่อพบปัญหาเกินกว่าที่ครอบครัวและ อสม. จะดูแลได้

๕. บันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพของ อสค. ลงในสมุดบันทึกประจำครอบครัว

๖. ประสานงาน เชื่อมโยง เป็นเครือข่ายร่างแห ส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพ รับความรู้เพิ่มเติมและรับคำปรึกษาจากอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กลุ่มเป้าหมาย

สมาชิกในครอบครัวทุกครอบครัว ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. ญาติและหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส

๒. ผู้สูงอายุทั่วไปที่ช่วยเหลือตัวเองได้และหรือติดสังคม

๓. บุคคลที่ครอบครัวไว้วางใจ และเลือกให้เป็น อสค.

๔. สมาชิกวัยทำงานของครอบครัวหรือตามบริบท

๕. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

๖. หัวหน้าครอบครัว แม่บ้าน ลูก หลานหรือญาติพี่น้องที่อาศัยในครอบครัว

๗. เพื่อนบ้านใกล้ชิดและหรือเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน (กรณีอยู่บุคคลเดียวในครอบครัวและมีภาวะพึ่งพิง)

โครงสร้างหลักสูตร

เพื่อให้การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เป็นไปตามปรัชญา หลักการ จุดหมาย และมาตรฐานการเรียนรู้ ที่กำหนด จึงได้กำหนดโครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ไว้ดังนี้

๑. สาระการเรียนรู้

เนื้อหาวิชาที่ต้องเรียนรู้ ประกอบด้วย ๑๑ วิชา จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๘ ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น ๒ ช่วง คือ

๑) <u>ช่วงที่ ๑</u> ใช้เวลาเรียนรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานบริการสุขภาพที่นำญาติหรือกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภท ไปรับการรักษา และหรือทีมสหสาขามาเยี่ยมบ้าน หรือ รพ.สต. ผู้รับผิดชอบพื้นที่ จำนวน ๑๒ ชั่วโมง ประกอบด้วย ๕ วิชา ได้แก่

๑. แนวคิด ความจำเป็นในการดูแลสุขภาพในการชะลอไตเสื่อม (กรณีมีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายอื่นนอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ให้มีการเรียนรู้การดูแลสุขภาพตามช่วงชีวิตและกลุ่มโรคที่เจ็บป่วยของกลุ่มเป้าหมายสมาชิกในครอบครัวที่ต้องไปดูแล)

๒. โรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษา บำบัดและการฟื้นฟูสภาพ

๓. วิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ต้องดูแล ทั้งการดูแลสุขภาพครอบครัวในภาวะปกติและการดูแลสุขภาพครอบครัวในภาวะฉุกเฉิน

๓.๑ การดูแลสุขภาพกาย การออกกำลังกาย และการบริหารร่างกาย รวมทั้งสมองและความจำ

๓.๒ การดูแลสุขภาพจิต การทำสมาธิ จิตอาสา การอยู่อย่างมีความสุข การรวมกลุ่มทำกิจกรรม กิจกรรมคลายเครียด กิจกรรมนันทนาการ

๓.๓ หลักการเลือกอาหาร อาหารสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรคและอาหารปลอดภัยสำหรับคนในครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคและภัย

๓.๔ การรับประทานยา เก็บยา การเติมยา และการฉีดอินสุลิน

๓.๕ ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพ

๔. การประเมินความเสี่ยง ภัยสุขภาพ ความก้าวหน้าของโรคและการจัดการ รวมถึงการบันทึกข้อมูล

๕. วิชาเลือก เช่น คอมพิวเตอร์ เล่นเปตองตลอดจนวารีบำบัด ซึ่งเป็นการออกกำลังกายในน้ำ เพื่อรักษาโรคข้อต่างๆ

๒) <u>ช่วงที่ ๒</u> เรียนรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานบริการสุขภาพ ผู้รับผิดชอบพื้นที่ จำนวน ๖ ชั่วโมง ประกอบด้วย ๖ วิชา ได้แก่

๑. นโยบายและแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๑) นโยบาย อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๒) นิยามความหมายอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๓) การขึ้นทะเบียนและแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๒. บทบาท อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และการเชื่อมโยงเครือข่าย อสม.

(๑) บทบาท อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๒) การเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายร่างแหของ อสม. การส่งต่อข้อมูล รับความรู้และคำปรึกษา จาก อสม.

๓. การเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา

๔. คุณธรรม จริยธรรม ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๕. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสาร

๖. สิทธิ หน้าที่และหลักประกันสุขภาพของประชาชน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การดำรงชีวิต และการพัฒนาคุณภาพชีวิต

รวมทั้งเรียนรู้ด้วยตนเองจากการ (๑) ปฏิบัติจริงด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม (๒) การปฏิบัติงาน อสค. (๓) รับความรู้เพิ่มเติมจาก อสม.(๔) การพบปะประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มอสค.ด้วยกันเอง (๔) การศึกษาทบทวนจากคู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เทคโนโลยี เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ค และการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้อื่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๘ ชั่วโมง

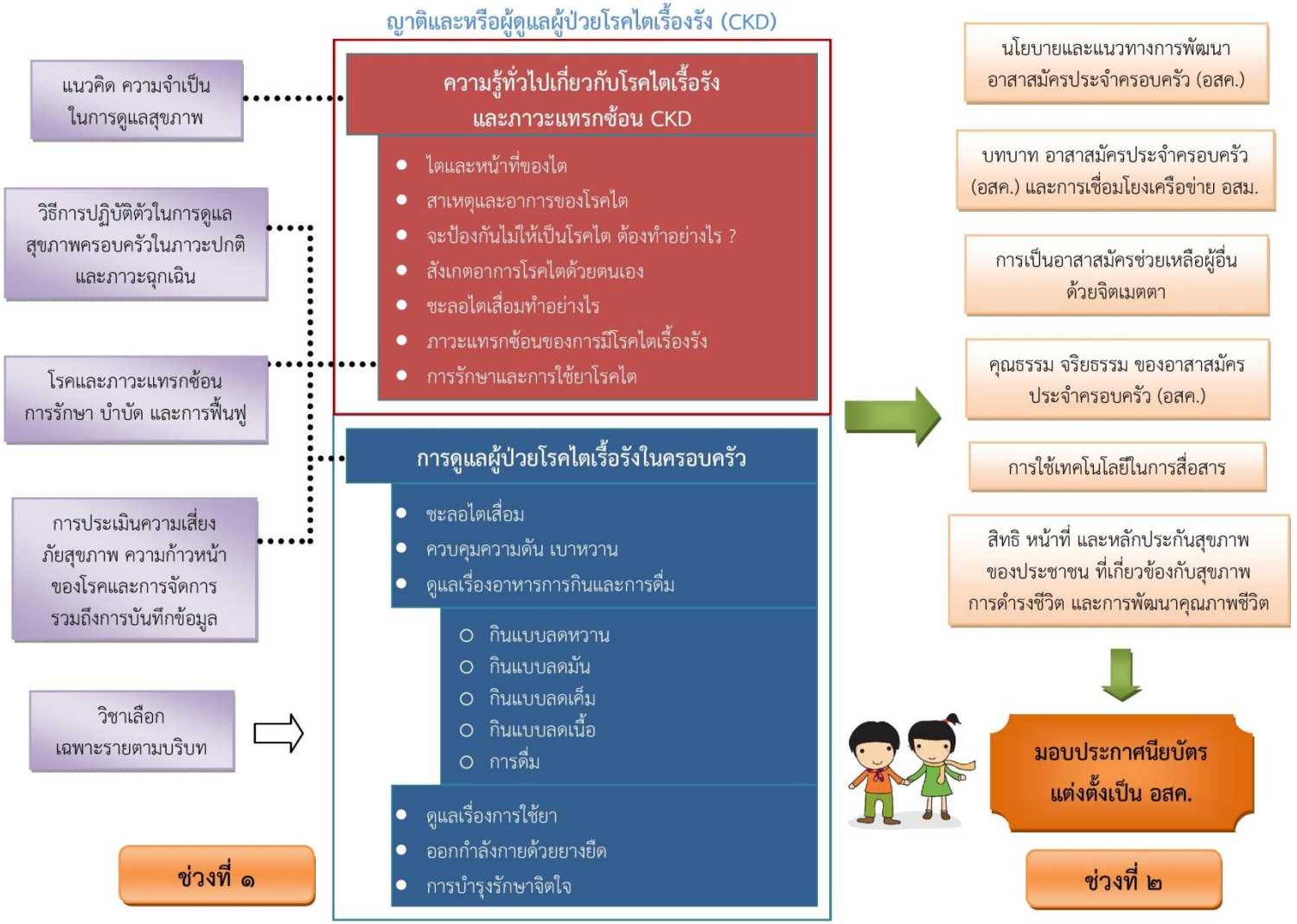
หมายเหตุ การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสค. กรณีการเรียนรู้จากที่พาผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัด และการส่งต่อผู้ป่วย และหรือเรียนร่วมกับทีมสหสาขาหรือเครือข่ายที่ไปเยี่ยมบ้าน หรือทีมหมอประจำครอบครัว หรือ อสม. จิตอาสาที่มาเยี่ยมบ้าน (๑๒ ชั่วโมง ช่วงที่ ๑ นับการจบและครบเนื้อหาดังนี้)

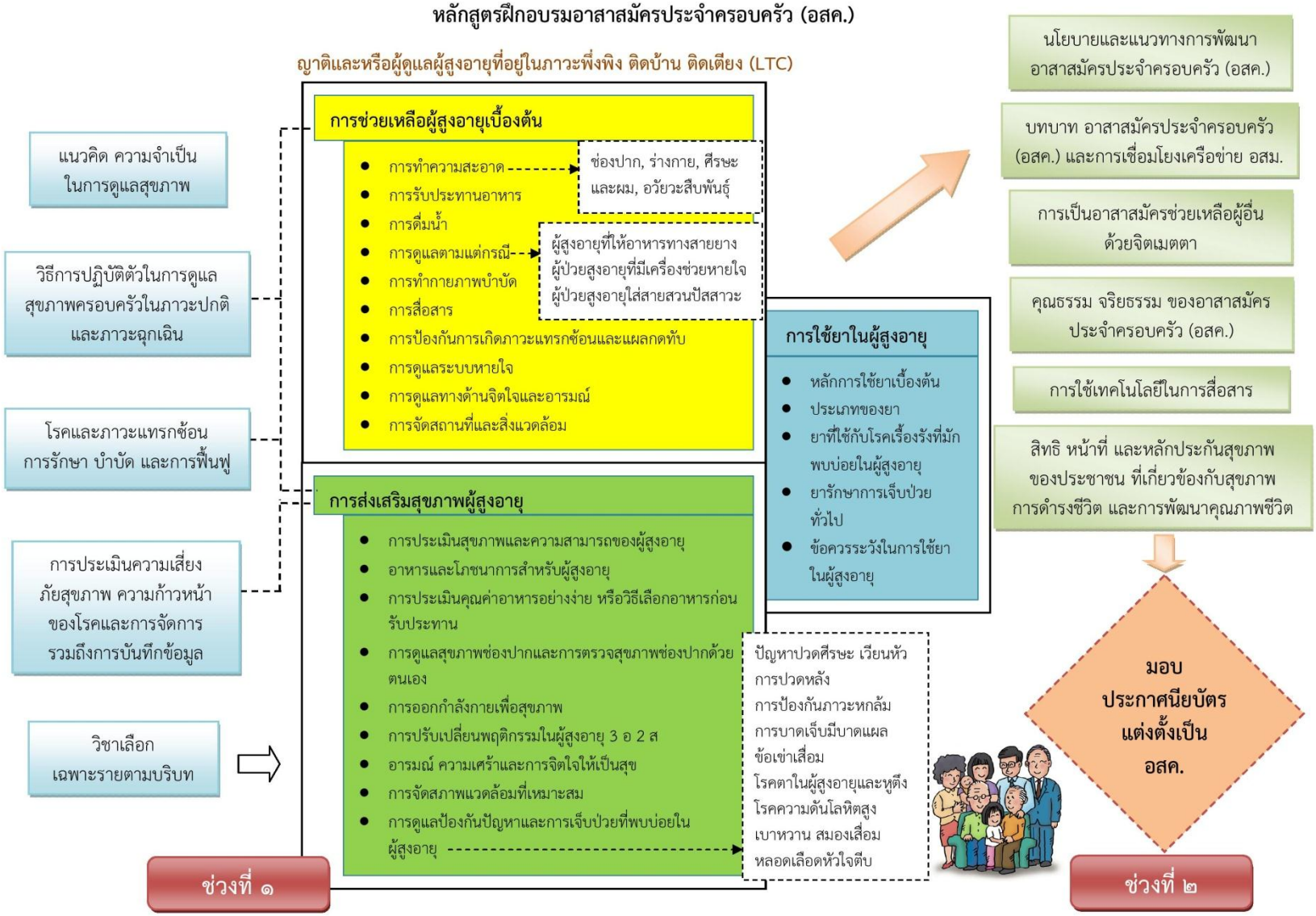
๑. กรณีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) เรียนจำนวน ๖ ครั้ง นับว่าจบหลักสูตรในช่วงที่ ๑ โดยผู้เรียนจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันทั้ง ๖ ครั้งและเนื้อหาครบตามจำนวนวิชาที่กำหนดในหลักสูตร

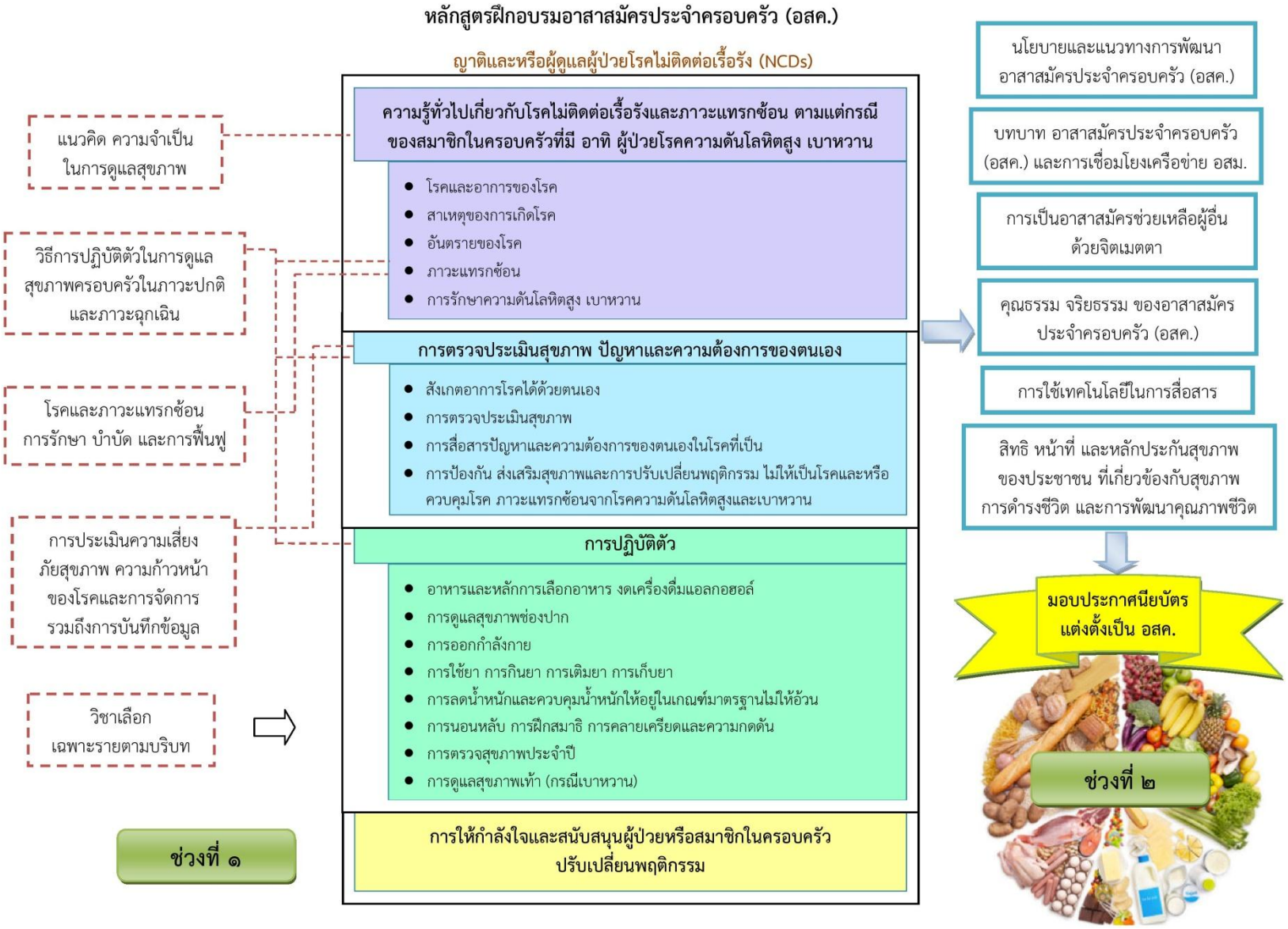
๒. กรณีญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) เรียนจำนวน ๓ ครั้ง นับว่าจบหลักสูตรในช่วงที่ ๑ โดยผู้เรียนจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันทั้ง ๓ ครั้งและเนื้อหาครบตามจำนวนวิชาที่กำหนดในหลักสูตร

๓. กรณีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เรียนจำนวน ๓ ครั้ง นับว่าจบหลักสูตรในช่วงที่ ๑ โดยผู้เรียนจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันทั้ง ๓ ครั้งและเนื้อหาครบตามจำนวนวิชาที่กำหนดในหลักสูตร

หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)




หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
ญาติและหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง (LTC)
แนวคิด ความจำเป็น ในการดูแลสุขภาพ
วิธีการปฏิบัติตัวในการดูแล สุขภาพครอบครัวในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน
โรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษา บำบัด และการฟื้นฟู
การประเมินความเสี่ยง ภัยสุขภาพ ความก้าวหน้า ของโรคและการจัดการ รวมถึงการบันทึกข้อมูล
วิชาเลือก เฉพาะรายตามบริบท
การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น
การทำความสะอาด
การรับประทานอาหาร
การดื่มน้ำ
การดูแลตามแต่กรณี
การทำกายภาพบำบัด
การสื่อสาร
การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและแผลกดทับ
การดูแลระบบหายใจ
การดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์
การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม
ช่องปาก, ร่างกาย, ศีรษะ และผม, อวัยวะสืบพันธุ์
ผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยาง
ผู้ป่วยสูงอายุที่มีเครื่องช่วยหายใจ
ผู้ป่วยสูงอายุใส่สายสวนปัสสาวะ
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
การประเมินสุขภาพและความสามารถของผู้สูงอายุ
อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ
การประเมินคุณค่าอาหารอย่างง่าย หรือวิธีเลือกอาหารก่อนรับประทาน
การดูแลสุขภาพช่องปากและการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง
การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุ 3 อ 2 ส
อารมณ์ ความเศร้าและการจิตใจให้เป็นสุข
การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
การดูแลป้องกันปัญหาและการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
ปัญหาปวดศีรษะ เวียนหัว
การปวดหลัง
การป้องกันภาวะหกล้ม
การบาดเจ็บมีบาดแผล
ข้อเข่าเสื่อม
โรคตาในผู้สูงอายุและหูตึง
โรคความดันโลหิตสูง
เบาหวาน สมองเสื่อม
หลอดเลือดหัวใจตีบ
การใช้ยาในผู้สูงอายุ
หลักการใช้ยาเบื้องต้น
ประเภทของยา
ยาที่ใช้กับโรคเรื้องรังที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ
ยารักษาการเจ็บป่วยทั่วไป
ข้อควรระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุ
นโยบายและแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
บทบาท อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และการเชื่อมโยงเครือข่าย อสม.
การเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา
คุณธรรม จริยธรรม ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร
สิทธิ หน้าที่ และหลักประกันสุขภาพของประชาชน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การดำรงชีวิต และการพัฒนาคุณภาพชีวิต
มอบประกาศนียบัตรแต่งตั้งเป็น อสค.
ช่วงที่ ๑
ช่วงที่ ๒


หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
ญาติและหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
แนวคิด ความจำเป็น ในการดูแลสุขภาพ
วิธีการปฏิบัติตัวในการดูแล สุขภาพครอบครัวในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน
โรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษา บำบัด และการฟื้นฟู
การประเมินความเสี่ยง ภัยสุขภาพ ความก้าวหน้า ของโรคและการจัดการ รวมถึงการบันทึกข้อมูล
วิชาเลือก เฉพาะรายตามบริบท
ช่วงที่ ๑
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน ตามแต่กรณี ของสมาชิกในครอบครัวที่มี อาทิ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน
โรคและอาการของโรค
สาเหตุของการเกิดโรค
อันตรายของโรค
ภาวะแทรกซ้อน
การรักษาความดันโลหิตสูง เบาหวาน
การตรวจประเมินสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของตนเอง
สังเกตอาการโรคได้ด้วยตนเอง
การตรวจประเมินสุขภาพ
การสื่อสารปัญหาและความต้องการของตนเองในโรคที่เป็น
การป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ให้เป็นโรคและหรือ ควบคุมโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
การปฏิบัติตัว
อาหารและหลักการเลือกอาหาร งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
การดูแลสุขภาพช่องปาก
การออกกำลังกาย
การใช้ยา การกินยา การเติมยา การเก็บยา
การลดน้ำหนักและควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่ให้อ้วน
การนอนหลับ การฝึกสมาธิ การคลายเครียดและความกดดัน
การตรวจสุขภาพประจำปี
การดูแลสุขภาพเท้า (กรณีเบาหวาน)
การให้กำลังใจและสนับสนุนผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
นโยบายและแนวทางการพัฒนา อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
บทบาท อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และการเชื่อมโยงเครือข่าย อสม.
การเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่น ด้วยจิตเมตตา
คุณธรรม จริยธรรม ของอาสาสมัคร ประจำครอบครัว (อสค.)
การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร
สิทธิ หน้าที่ และหลักประกันสุขภาพ ของประชาชน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การดำรงชีวิต และการพัฒนาคุณภาพชีวิต
มอบประกาศนียบัตร แต่งตั้งเป็น อสค.
ช่วงที่ ๒

๔. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ระยะเตรียมการ

๑. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับสร้างความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดแนวทางการดำเนินงาน หลักสูตร คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว รวมถึงข้อมูล บริบทของพื้นที่

๒. วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ เพื่อกำหนดเป้าหมายและวิธีการดำเนินงาน

๓. กำหนดกลไกการขับเคลื่อนงานและจัดทำแผนงานโดยการบูรณาการทำงานร่วมกัน

๔. จัดทำระบบติดตาม กำกับ ประเมินผล และระบบบริหารข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ

๕. จัดเตรียมทรัพยากรและบุคลากรพร้อมเริ่มดำเนินการ

ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ ๑ คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ตามคุณสมบัติและเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนที่ ๒ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ที่ได้รับการคัดเลือกตามข้อ ๑ ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยเรียนรู้ร่วมกับญาติ เมื่อไปรับบริการ ในสถานบริการสุขภาพและหรือเรียนรู้จากทีมสหสาขาหรือทีมเครือข่ายเยี่ยมบ้าน/ทีมหมอประจำครอบครัวหรือ อสม. จิตอาสาไปเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ ๓ อบรมเพิ่มเติมความรู้ภายหลังจากการเรียนรู้**ร่วมกับสถานพยาบาล**และทีมสหสาขาครบจำนวนครั้งตามหลักสูตรแล้ว เรื่อง นโยบายและแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กับบทบาทหน้าที่อาสาสมัคร ประจำครอบครัว (อสค.) และเครือข่าย อสม. พร้อมมอบประกาศนียบัตรและขึ้นทะเบียน โดยให้มีการเรียนรู้ร่วมกับอสม. ในวันที่มีการประชุม อสม. ณ รพ.สต. หรือสถานพยาบาลที่รับผิดชอบพื้นที่ เพื่อ (๑) ให้ อสค.และอสม. เป็นเครือข่ายประสานงานซึ่งกันและกัน อสม.จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง อสค. (๒) สร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาท อสค. คุณธรรมจริยธรรม และการช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา ให้แก่ อสค. และ (๓) มอบประกาศนียบัตร บัตรประจำตัว อสค.

ขั้นตอนที่ ๔ - ส่งเสริมให้ อสค. แสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพครอบครัว และเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

- ประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพดูแลสุขภาพ

ขั้นตอนที่ ๕ - เสริมทักษะ เพิ่มพูนความรู้และฟื้นฟูต่อเนื่องจาก อสม. โรงเรียน อสม. โรงเรียนผู้สูงอายุ โรงเรียนนวัตกรรม ศูนย์เรียนรู้ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ฯลฯ

ระยะหลังดำเนินการ ประเมินผลที่เกิดขึ้นในภาพรวมและปรับปรุงการดำเนินงาน พร้อมคืนข้อมูลให้ชุมชน

หมายเหตุ การอบรมพัฒนาศักยภาพ ในที่นี้ หมายถึง

(๑) กระบวนการ วิธีการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์พยาบาล ทีมสหสาขา ของคลินิกโรคต่างๆในสถานพยาบาล เช่น โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันหรือการสอนหรือการจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกับญาติที่ป่วยเมื่อมารับบริการของสถานพยาบาลต่างๆในการถ่ายทอดความรู้ ฟังเรื่องราวประสบการณ์จากของจริง ทั้งการบรรยาย อธิบาย ฝึกปฏิบัติ สาธิต พาทำ จับมือสอนทำ ตัวอย่างของจริง เพื่อให้ผู้ที่จะมาเป็น อสค. มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้จริง (การเรียนรู้ของ อสค. เน้นการปฏิบัติจริง)

(๒) การจัดทีมหมอครอบครัว ทีมสหสาขา เครือข่ายเยี่ยมบ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ไปสอนที่บ้านกับของจริง

(๓) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาจากของจริงในครอบครัว ในชุมชน

บทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการสนับสนุน

๑. <u>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>

๑. ชี้แจงสร้างความเข้าใจ

(๑) คณะผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและกำหนดเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(๒) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต สร้างความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่พื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อม ศึกษาแนวทางวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่

๒. พื้นที่เตรียมความพร้อมและขับเคลื่อนการดำเนินงาน อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่ (เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. รพ.สต.)

(๑) สำนักงานเขตสุขภาพร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ทุกระดับทุกแห่งเตรียมความพร้อม ดำเนินงาน อสค.

(๒) ประสานสถานบริการสุขภาพผู้ดำเนินการจัดการเรียนรู้แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไตเรื้อรัง (CKD) กลุ่มผู้สูงอายุ (LTC) ติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจแก่ครอบครัวเป้าหมายในการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค. ของแต่ละครอบครัว

๓. คัดเลือก อสค. ของแต่ละครอบครัวในแต่ละพื้นที่ โดย

(๑) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับร่วมกับครอบครัวเป้าหมายเน้นหนัก ๓ กลุ่มหลัก (CKD,LTC ติดบ้านติดเตียง,NCDs) คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค. จากทุกครอบครัวที่มารับการบำบัดรักษาหรือรับการเยี่ยมบ้านเป็นการประจำ ครบตามเกณฑ์หรือที่สามารถปฏิบัติการดูแลคนในครอบครัวได้จริงตามที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ (รายเก่าหรือรายใหม่ก็ได้ที่เจ้าหน้าที่ประเมินแล้วจากการติดตามการมาตรวจ ตามนัดหรือการเยี่ยมบ้าน) ครอบครัวละ ๑ คน เพื่อเข้ารับการอบรม

(๒) เจ้าตัวสมัครใจ ครอบครัวยอมรับและเห็นด้วยในการมาเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว

๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหรือสถานบริการสุขภาพ หรือตามดุลพินิจของแต่ละพื้นที่ดำเนินการจัดการเรียนรู้และฝึกอบรม อสค. ตามหลักสูตรที่กำหนด พร้อมมอบประกาศนียบัตร อสค. และบัตรประจำตัว อสค. พร้อมทั้งแต่งตั้งเป็น อสค.

๕. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานบริการสุขภาพทุกแห่งดำเนินการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบที่กำหนด

๖. ส่งเสริมบทบาท อสค.และเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว

๗. ติดตาม กำกับ และประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ในภาพรวมและแต่ละพื้นที่ โดยสำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามระดับความรับผิดชอบ และนำข้อมูลเข้าระบบรายงานผล

๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

๒. <u>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</u>

๑. จัดทำแนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๒. จัดทำโปรแกรมประกาศนียบัตร อสค. บัตรประจำตัว อสค. การขึ้นทะเบียน อสม. และโปรแกรมฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค.

๓. จัดทำหลักสูตร คู่มือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๔. จัดทำแบบประเมินศักยภาพครอบครัว

๕. สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

๖. สนับสนุนด้านวิชาการและให้คำปรึกษาการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๗. กำหนด พัฒนาและกำกับมาตรฐาน อสค. และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว

๘. พัฒนารูปแบบ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว ระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด

๓. <u>กรมวิชาการต่างๆ</u>

ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ทรัพยากรการดำเนินงาน อสค. แบบบูรณาการผ่านการทำงานร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงาน และกำกับติดตามมาตรฐาน อสค.

๔. <u>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)</u>

รับผิดชอบด้านบริหารจัดการการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยการใช้นโยบายการบูรณาการกับทุกภาคส่วน เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่บรรลุผล

๕. <u>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</u>

รับผิดชอบด้านบริหารจัดการการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยการใช้นโยบายการบูรณาการกับทุกภาคส่วน เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่บรรลุผล



๕. แบบประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (อยู่ระหว่างปรับปรุงร่วมของผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันไตภูมิราชนครินทร์ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

๖. เว็บไซด์ในการขึ้นทะเบียน อสค. และการนำข้อมูลประเมินผลศักยภาพครอบครัวเข้าสู่ระบบ http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ และwww.thaiphc.net

๗. โปรแกรมพิมพ์ประกาศนียบัตรอสค. และโปรแกรมพิมพ์บัตรประจำตัว อสค. ผ่าน www.thaiphc.net

รายละเอียดตัวชี้วัด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี	
หมวด	People Excellence
แผนที่	๑๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	๔. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๗๘. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตรวจราชการ ๖๐)
คำนิยาม	**ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด** หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย ๑. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (๑) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (๒) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (๓) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน ๒. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (๑) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (๒) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (๓) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ (๔) บำรุงรักษาจิตใจ **อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง** สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้
เกณฑ์เป้าหมาย	
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน ๒. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ ๓. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด ๔. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยง ส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง** (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข * **ปี ๒๕๖๐ :** ร้อยละ๑๐๐ ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิต

	ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
จำนวน (คน)	๘๖,๗๐๐ *				
ร้อยละ	๕๐				

	สูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ ๔ หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การจัดเก็บข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่และพัฒนา อสค. ดำเนินการขึ้นทะเบียน อสค. ที่ผ่านการพัฒนาทุกคน บนฐานข้อมูล โดยเข้าบันทึกข้อมูลได้ ๒ ช่องทาง คือ ๑) ฐานข้อมูล http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ ๒) โปรแกรมบนเว็บไซต์ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net ๒. การจัดเก็บข้อมูลประเมินศักยภาพครอบครัว ๒.๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. โดย อสค.แต่ละคนที่ดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเอง ตามแบบประเมิน แล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง (Self Assessment) ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร ๒.๒ ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต และส่วนกลางสุ่มประเมินตามแบบประเมิน แล้วบันทึกข้อมูลผลประเมินบนเว็บไซต์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด = $\frac{\text{รายการข้อมูล ๑ X ๑๐๐}}{\text{รายการข้อมูล ๒}}$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :
ปี ๒๕๖๐ :

	รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
จำนวน (คน)	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย ๑๐,๐๐๐	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก ๓๐,๐๐๐	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก ๔๖,๗๐๐	-
ร้อยละ	-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ ที่กำหนด ๕๐

วิธีการประเมินผล :	การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด** ประเมินโดย จังหวัด เขต และส่วนกลางด้วยวิธีการ ดังนี้ ๑. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. โดย อสค.แต่ละคน เมื่อประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร

<table>
<tr>
<td></td>
<td>
๒. การสุ่มประเมิน ตามลำดับชั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐ ของ อสค.ที่ได้รับการพัฒนา) โดยนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่านฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net
**เกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ บทบาท อสค.:การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ ๖๐:๔๐
ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน
<table>
<tr><th>บทบาท อสค.</th><th>ค่าน้ำหนัก</th><th>การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว</th><th>ค่าน้ำหนัก</th></tr>
<tr><td>๑.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง</td><td>๒๐</td><td>๑. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า</td><td>๑๐</td></tr>
<tr><td>๒.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง</td><td>๒๐</td><td>๒.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด</td><td>๑๐</td></tr>
<tr><td>๓.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.</td><td>๒๐</td><td>๓. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด</td><td>๑๐</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>๔.บำรุงรักษาจิตใจ</td><td>๑๐</td></tr>
<tr><td>รวม</td><td>๖๐</td><td>รวม</td><td>๔๐</td></tr>
<tr><td colspan="4">รวมทั้งหมด = ร้อยละ ๗๐ จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td>เอกสารสนับสนุน :</td>
<td>๑. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
๒. หลักสูตร อสค.
๓. คู่มือ อสค.
๔. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>๕. โปรแกรมการขึ้นทะเบียน อสค.และโปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตร ,บัตรประจำตัว อสค.
๖.แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. ผ่านระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net)
หมายเหตุ เอกสารหมายเลข ๑ ๒ และ๓ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อสค. (คู่มือ อสค.) ตามจำนวนสถานบริการสุขภาพ (หลักสูตรและแนวทางการดำเนินงาน อสค.) นอกจากนี้ทุกพื้นที่สามารถดาวน์โหลดผ่านทางเว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th/</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๗</th><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th></tr>
<tr><td>๑.จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</td><td>คน</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>๒. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑. นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
๒. นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๕
อีเมล์ phc.division@gmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)</td><td>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๒๔
อีเมล์ phc.division@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นายนพดล ครุฑน้อย
กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ โทร ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ อีเมล์ dol.kr@gmail.com</td></tr>
</table>

คณะที่ ๔

การบริหารจัดการ

๔.๑ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

- ITA

- การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

๔.๓ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๔.๔ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๔.๕ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มประกันสุขภาพ
สำนักบริหารการสาธารณสุข
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักวิชาการสาธารณสุข สป.
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข
สำนักตรวจและประเมินผล
สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

คณะที่ ๔
การบริหารจัดการ

.....

หัวข้อ ๔.๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
: ๑) ITA

ตัวชี้วัด ๑) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๘๕)

สถานการณ์

รัฐบาลภายใต้การนำของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ให้ความสำคัญและผลักดันให้การป้องกันและปราบปรามการทุจริตเป็นวาระแห่งชาติ โดยส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาล ยึดหลักการบริหารจัดการที่ดี ยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๖๐) คณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๙ มีมติให้หน่วยงานภาครัฐทุกหน่วยงานเข้าร่วมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment-ITA)

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการ ๓ ป. ๑ ค. (ปลุกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปราม และสร้างเครือข่าย) ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานทราบสถานะระดับคุณธรรมและความโปร่งใสว่ามีการดำเนินงานเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล หมายรวมถึงเจ้าหน้าที่ในองค์กรปฏิบัติตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือนหรือไม่ระดับใด เพื่อเป็นโอกาสในการปรับปรุงองค์กร ยังช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติฯ ในปี ๒๕๖๐ (๔๑ คะแนน) คะแนนเฉลี่ยผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของส่วนราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๕๙ มีระดับคะแนนสูง คือ ๗๔.๔๑ และ ๗๙.๕๖ ตามลำดับ ส่วนราชการระดับกรม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๕๙ มีระดับคะแนนสูงถึงสูงมาก คือ ๗๘.๕๐ และ ๘๐.๙๕ ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานระดับกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๘๕ หน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๕๙ มีระดับคะแนนสูงถึงสูงมาก คือ ๗๖.๔๖ และ ๘๐.๒๖ ตามลำดับ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ /แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง)
๒. การป้องกันเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน
๓. การตอบสนองข้อร้องเรียน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ /แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง)			
๕ หน่วยงาน	ดำเนินการตาม EB1- EB3	คู่มือคำอธิบายหลักฐานเชิงประจักษ์ สำนักงาน	๑. มีแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ และ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ป.ป.ช. และศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข	แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง) **จัดทำแผนฯ ในทุกหมวดเงินงบประมาณ ประกอบด้วย** - งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ - งบเงินอุดหนุน (งบลงทุน) - งบรายงายจ่ายอื่น (งบลงทุน) - เงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง) **ยกเว้น** งบค่าเสื่อม/ งบกระตุ้นเศรษฐกิจไตรมาสที่ ๔ ปีงบประมาณ พ.ศ ๒๕๕๙/ งบกองทุนตำบลที่เป็นหมวดงบลงทุน (ถ้ามี) ๒. กระบวนการจัดหาพัสดุของแต่ละวิธีงบประมาณสูงสุดใน ๕ อันดับแรก ๓. การวิเคราะห์ผลของแผนฯ ตามข้อ ๑. ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ หลักฐานเชิงประจักษ์ในข้อ - EB1 จำนวน ๒ ข้อ - EB2 จำนวน ๕ ข้อ - EB3 จำนวน ๔ ข้อ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒. การป้องกันเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน			
๕ หน่วยงาน	ดำเนินการตาม EB5 และ EB9	คู่มือคำอธิบายหลักฐานเชิงประจักษ์ สำนักงาน ป.ป.ช. และศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข	หลักฐานเชิงประจักษ์ในข้อ - EB5 จำนวน ๓ ข้อ - EB9 จำนวน ๗ ข้อ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓. การตอบสนองข้อร้องเรียน			
๕ หน่วยงาน	ดำเนินการตาม EB8	คู่มือคำอธิบายหลักฐานเชิงประจักษ์ สำนักงาน ป.ป.ช. และศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข	หลักฐานเชิงประจักษ์ในข้อ - EB8 จำนวน ๕ ข้อ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข (ศปท.)
ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข (ศปท.)	๐ ๒๕๙๐ ๑๓๓๐ ๐๘ ๑๙๓๑ ๕๓๘๘ Pankung08@gmail.com	รับผิดชอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- กรณีการตรวจราชการที่มุ่งเน้น มาตรการในพื้นที่ แนวทางการตรวจติดตาม และผลลัพธ์ที่ต้องการอาจมีการปรับเปลี่ยนไปตามข้อกำหนดของสำนักงาน ป.ป.ช. (อยู่ระหว่างการดำเนินการปรับเปลี่ยนแบบ) ดังนั้น มาตรการในพื้นที่ แนวทางการตรวจติดตาม และผลลัพธ์ที่ต้องการ จำเป็นต้องขอปรับเปลี่ยนในภายหลังเพื่อให้เป็นไปตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)**
แผนที่	**๑๒. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ**
โครงการที่	**๑. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**จังหวัด**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๗๙. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA**
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงานไป องค์ประกอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น ๕ องค์ประกอบ ดังนี้ **๑. ความโปร่งใส (Transparency)** ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน **๒. ความพร้อมรับผิด (Accountability)** ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ **๓. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index)** ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ **๔. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture)** ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน **๕. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)** ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ ๓ ป. ๑ ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (๑) ปลุกจิตสำนึก (๒) ป้องกัน (๓) ปราบปราม และ (๔) เครือข่าย **มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล** ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะที่ ๒ ในปี ๒๕๖๐ คือ ๕๐ คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวนทั้งสิ้น ๓๙๖ แห่ง **ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบ**

<table>
<tr><td></td><td>ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน ๑๑ ข้อใหญ่ ๔๒ ข้อย่อยเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้
หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๕ จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ องค์ประกอบที่ ๕ Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ ๖๐</th><th>ปีงบประมาณ ๖๑</th><th>ปีงบประมาณ ☐๒</th><th>ปีงบประมาณ ☐๓</th><th>ปีงบประมาณ ๖๔</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ ๘๕</td><td>ร้อยละ ๘๕</td><td>ร้อยละ ๘๕</td><td>ร้อยละ ๘๕</td><td>ร้อยละ ๘๕</td></tr>
</table>
คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน
<table>
<tr><th>ระดับ</th><th>สูงมาก</th><th>สูง</th><th>ปานกลาง</th><th>ต่ำ</th><th>ต่ำมาก</th></tr>
<tr><td>คะแนน</td><td>๘๐–๑๐๐</td><td>๖๐–๗๙.๙๙</td><td>๔๐–๕๙.๙๙</td><td>๒๐–๓๙.๙๙</td><td>๐–๑๙.๙๙</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>๑. ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ
๒. หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>รวมทั้งสิ้น จำนวน ๓๙๖ แห่ง จำแนกดังนี้
๑. กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๙ หน่วยงาน
๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ หน่วยงาน (ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด+โรงพยาบาลศูนย์ (ถ้ามี) + โรงพยาบาลทั่วไป)
๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดละ ๒ หน่วยงาน จำนวน ๑๕๒ หน่วยงาน
๔. โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดละ ๒ หน่วยงาน จำนวน ๑๕๒ หน่วยงาน
๕. หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวน ๗ หน่วยงาน
ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้
หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายตามข้อ ๑. ข้อ ๒. และข้อ ๕. จำนวน ๙๒ หน่วยงาน เป็นหน่วยงาน <u>ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ องค์ประกอบที่ ๕ Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท.</u> ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. (จำนวน ๓ เครื่องมือ)</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>ส่วนที่ ๑
หน่วยงานเป้าหมายตามข้อ ๑. ข้อ ๒. ข้อ ๓. ข้อ ๔. และข้อ ๕ จำนวน ๓๙๖ หน่วยงาน
พัฒนากระบวนการปฏิบัติงานตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๓ (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายนของทุกปี)</td></tr>
</table>

	ส่วนที่ ๒ **หน่วยงานเป้าหมายระดับประเทศ ตามข้อ ๑ ข้อ ๒ และข้อ ๕ ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ องค์ประกอบที่ ๕ Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน จำนวน ๙๒ หน่วยงาน** เตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. ตามเวลาที่กำหนดในแต่ละปี ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. ๓ เครื่องมือ ประกอบด้วย **๑) การประเมิน Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT เป็นการประเมินความคิดเห็นบุคลากรภายในหน่วยงาน** ๑.๑) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้หน่วยงานที่รับการประเมินคัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการกระจายครอบคลุมทุกประเภทหรือระดับของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ที่มีอายุการทำงานตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป ตามจำนวนที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด (กรณีหน่วยงานมีบุคลากรน้อยกว่าจำนวนที่กำหนด ให้หน่วยงานจัดส่งรายชื่อทั้งหมด) จัดส่งรายชื่อตามแบบฟอร์มที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด ๑.๒) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire Survey) โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและเป็นไปได้ทางสถิติสำหรับการจัดเก็บข้อมูล **๒) การประเมิน External Integrity and Transparency Assessment : EIT เป็นการประเมินความคิดเห็นผู้รับบริการ/คู่สัญญา/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินในปีงบประมาณนั้น** ๒.๑) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้หน่วยงานที่รับการประเมินคัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการกระจายครอบคลุมทุกประเภทหรือระดับของผู้รับบริการ/คู่สัญญา/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินตามจำนวนที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด (กรณีหน่วยงานมีผู้รับบริการ/คู่สัญญา/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียน้อยกว่าจำนวนที่กำหนด ให้จัดส่งรายชื่อทั้งหมดให้จัดส่งรายชื่อทั้งหมด) จัดส่งรายชื่อตามแบบฟอร์มที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนด ๒.๒) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire Survey) โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและเป็นไปได้ทางสถิติสำหรับการจัดเก็บข้อมูล **๓) การประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด** ๓.๑) หน่วยงานประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓๙๖ หน่วยงาน ใช้แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน ๑ ชุดต่อ ๑ หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง ๓.๒) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล หน่วยงานดำเนินการรวบรวมแบบสำรวจที่ได้ตอบคำถามตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT รวมถึงเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง

แหล่งข้อมูล	**แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับความโปร่งใส (Transparency) และวัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity Culture) ของหน่วยงานภาครัฐ**
รายการข้อมูล ๑	**A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๕ (ใน ๑ ปี)**
รายการข้อมูล ๒	**B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA**
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**(A/B) × ๑๐๐**
ระยะเวลาประเมินผล	**ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔**

เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ระดับ ๓ (๕)	๘๕	๘๕	๘๕

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ระดับ ๓ (๕)	๘๕	๘๕	๘๕

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ระดับ ๓ (๕)	๘๕	๘๕	๘๕

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ระดับ ๓ (๕)	๘๕	๘๕	๘๕

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ระดับ ๓ (๕)	๘๕	๘๕	๘๕

วิธีการประเมินผล :

หน่วยงานจำนวน ๓๙๖ หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๓ (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายนของทุกปี) รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ ๑ จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ในรอบไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๓ (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายนของทุกปี)

เกณฑ์การให้คะแนน :

การประเมินรอบไตรมาสที่ ๑ (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)

Small Success : ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB๑ - EB๓

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ ๓ (๕)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB ๑	๒๐๐
๒	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB ๒ **(ตรวจเฉพาะหน่วยงานคัดเลือกโครงการฯ จำนวน ๕ โครงการ ที่มีงบประมาณสูงสุด ทั้งนี้ อาจยังไม่มีการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างก็ได้)**	๑๐๐
๓	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบข้อ EB ๓	๔๐๐

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน ๓ ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

๑	๒	๓	๔	๕
ระดับ ๑	-	ระดับ ๒	-	ระดับ ๓

การประเมินรอบไตรมาสที่ ๒ (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB๑ - EB๑๑

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

การประเมินรอบไตรมาสที่ ๓ (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB๑ - EB๑๑

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

การประเมินรอบไตรมาสที่ ๔ (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB๑ - EB๑๑

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) จำนวน ๘๕ หน่วยงาน	ร้อยละ	-	๙๘.๘๒ (๘๕ หน่วยงาน)	๙๔.๑๒ (๘๕ หน่วยงาน)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : ๐๒-๕๙๐๑๓๓๐ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๓๓๐ **ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข**	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๑๕๓๘๘ E-Mail : pankung๐๘@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	๑. นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : ๐๒-๕๙๐๑๓๓๐ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๓๓๐ **ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข**	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๑๕๓๘๘ E-Mail : pankung๐๘@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช โทรศัพท์ : ๐๒-๕๙๐๑๓๓๐ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๓๓๐ **ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข**	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๙๓๑๕๓๘๘ E-Mail : pankung๐๘@gmail.com

หัวข้อ ๔.๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

: ๒) การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีจริยธรรม

ตัวชี้วัด ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ ๒๐)

สถานการณ์

การตรวจราชการงานการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาประสิทธิภาพของโรงพยาบาล ที่จะทำให้การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปตามเป้าหมาย เป็นการติดตามการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายการสร้างธรรมาภิบาลในการจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา โดยเน้นการกำกับติดตามการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗ การกำกับติดตามการดำเนินการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗ เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศรับรู้ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในด้านต่างๆ รวมทั้งวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จหรืออุปสรรคในกระบวนการดำเนินการหรือผลลัพธ์ของการดำเนินการ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ซึ่งจะทำให้หน่วยงานสามารถได้ยาและเวชภัณฑ์ที่ดี มีคุณภาพ ในราคาที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่คาดหวังของการออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. ๒๕๕๗

๒. จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง	๑. มีการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. ๒๕๕๗	- การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ทุกระดับ - แผนจัดซื้อจัดจ้าง ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา - การดำเนินการจัดซื้อตามระเบียบฯ พัสดุ - การรายงาน และประเมินผลการดำเนินงานตามลำดับชั้น ในเวลาที่กำหนด	- แต่งตั้ง/ปรับปรุงคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง - จัดทำและขออนุมัติแผนจัดซื้อจัดจ้าง ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา - นโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานตามมาตรการ - แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม - รายงานผลการดำเนินงาน	- รายงานผลการดำเนินงาน	- รายงานผลการดำเนินงาน	- รายงานผลการดำเนินงาน - สรุป ประเมินผลการดำเนินงาน
	๒. มีการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา	- แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม - การรายงาน และประเมินผลการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา				

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
จังหวัดทุกจังหวัด	๑. กำกับติดตามและสนับสนุนการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาระดับจังหวัด ๒. กำกับติดตามการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา	- การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา - กรอบและบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่สอดคล้องและลดหลั่นตามระดับ สถานบริการ - แผนการสำรองร่วม การจัดคลังร่วม - การจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาระดับจังหวัด - การกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม - การรายงาน และประเมินผลการดำเนินงานตามลำดับชั้น	- แต่งตั้ง/ปรับปรุงคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง - นโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานตามมาตรการ - กรอบและบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา - แผนการสำรองร่วม/คลังร่วม - แผนดำเนิน การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด - กลไกการติดตามกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม	- รายงานความคืบหน้าการดำเนินการจัดซื้อร่วม - รายงานผลการติดตามกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม	- รายงานผลการจัดซื้อร่วม	- รายงานผลการดำเนินงาน - สรุป ประเมินผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพทุกเขต	๑. กำกับติดตามและสนับสนุนการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาระดับเขต ๒. จัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาทั้งหมด ในภาพรวมของเขต	- การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา - การจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาระดับเขต	- แต่งตั้ง/ปรับปรุงคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง - นโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานตามมาตรการ - แผนดำเนินการจัดซื้อร่วมระดับเขต	- รายงานความคืบหน้าการดำเนินการจัดซื้อร่วม	- รายงานผลการจัดซื้อร่วม	- รายงานผลการดำเนินงาน - สรุปประเมินผลการดำเนินงาน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่รับผิดชอบ
๑. นางภัทร์อนงค์ จองศิริเลิศ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๒๘ Mobile ๐๘๑-๔๓๘-๔๒๐๗ e-mail : jprapai@gmail.com	๑.การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. ๒๕๕๗ ๒. จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา
๒. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๔๑ Mobile ๐๘๑-๖๑๓-๗๙๙๗ e-mail : paithip@gmail.com	

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)**
แผนที่	**๑๒. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ**
โครงการที่	**๑. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต กรม**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๘๐. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม**
คำนิยาม	**การจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง** การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗ **เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หมายถึง** วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ ทั้งนี้ ในระยะ ๑-๓ ปีแรก การจัดซื้อร่วมให้นับรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อรองราคาร่วมที่ดำเนินการในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กรม

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๒๐	๒๐	๒๕	๓๐	๓๐

วัตถุประสงค์	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงาน แยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ (ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์) ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อร่วม (สืบราคาร่วม/ราคาอ้างอิง และสอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข/สำนักบริหารการสาธารณสุข)
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม
รายการข้อมูล ๑	A = มูลค่าการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๒	B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๒ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๒๐

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๒๐

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๒๕

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๓๐

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๓๐

วิธีการประเมินผล :	เขตสุขภาพและกรม ดำเนินการได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย
เอกสารสนับสนุน :	-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	**๒๕๕๘**	**๒๕๕๙**
มูลค่าการจัดซื้อร่วมฯ	ร้อยละ	๒๐.๔๔	๒๐.๙๘	๒๔.๙๙

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑.นางภัทร์อนงค์ จองศิริเลิศ เภสัชกรเชี่ยวชาญ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๒๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๔๓๘๔๒๐๗
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๒๘ E-mail : jprapai@gmail.com
๒. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๑๓๗๙๙๗
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๑ E-mail : paithip@gmail.com
สำนักบริหารการสาธารณสุข

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

๑. นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๑๓๗๙๙๗
โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๑ E-mail : paithip@gmail.com
สำนักบริหารการสาธารณสุข

หัวข้อ ๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัด ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล (ร้อยละ ๘๐)

สถานการณ์

สถานการณ์ปัจจุบัน ข้อมูลการตายของประเทศไทยจากฐานข้อมูลมหาดไทย พบว่า มีข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill-Defined) คิดเป็นร้อยละ ๓๐ ที่ไม่สามารถนำมาจัดลำดับสาเหตุการตายได้ แต่ในส่วนองค์การอนามัยโลก (คศ.๒๐๑๒) ได้จัดลำดับประเทศไทยมีข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ คิดเป็นร้อยละ ๔๕

ในส่วนข้อมูลบริการสุขภาพ จากปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ได้มีการประมวลผลข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพทั้งประเทศ โดยตรวจสอบคุณภาพด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ครอบคลุมคุณภาพได้ ๓๐%) พบว่าคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอกมีคุณภาพ ๖๐% ผู้ป่วยในมีคุณภาพ ๗๐% ซึ่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้มีการอบรมชี้แจงให้ความรู้เป็นรายภาคเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัสโรค และให้มีการจัดตั้งทีมคุณภาพระดับอำเภอและระดับจังหวัด ในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลดังกล่าว โดยตั้งเป้าหมายในการดำเนินงานตรวจสอบคุณภาพด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์และตรวจโดยบุคลากรในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยตั้งเป้าเป็นปีแห่งคุณภาพข้อมูล

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย
คุณภาพสาเหตุการตาย (Ill-define) ผ่านเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕

๒. คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ
คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน การบันทึกข้อมูลและการวินิจฉัยมีความครบถ้วนถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑ คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย			
ร้อยละจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพสาเหตุการตาย (Ill-define ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของการตายทั้งหมด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	๑. อบรมการสรุปสาเหตุการตายให้แพทย์ใช้ทุนจบใหม่ ๒. อบรมฟื้นฟูการบันทึกสาเหตุการตายให้กับแพทย์ที่ทำงานอยู่เดิมในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๓. อบรมฟื้นฟูการบันทึกสาเหตุการตายให้นายทะเบียน ๔. จัดลำดับโรงพยาบาลที่มีคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายผ่านเกณฑ์ ๑ - ๑๐ จังหวัด ให้เป็นโรงพยาบาลต้นแบบ	๑. ความครอบคลุมแพทย์จบใหม่ที่ได้รับการอบรมการให้สาเหตุการตาย ๒. มีการอบรมให้กับแพทย์ที่ทำงานอยู่เดิมในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๓. ร้อยละนายทะเบียนที่ได้รับการอบรมใหม่/ฟื้นฟู ๔. มีข้อมูลพื้นฐาน Ill-define รายจังหวัด เพื่อกำกับ/ติดตาม	ข้อมูลสาเหตุการตายที่เป็น Ill-define ลดลง และบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีศักยภาพในการสรุปสาเหตุการตายได้อย่างมีคุณภาพ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	๕. ส่วนกลางจัดทำคู่มือเพื่อประกอบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูล สาเหตุการตาย ให้กับโรงพยาบาล		
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒ คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ			
ร้อยละของหน่วยงานบริการสุขภาพ สป. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค มีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๑. ทีมคุณภาพระดับอำเภอและจังหวัดดำเนินการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและรหัสโรคตามคู่มือแนวทางมาตรฐานการเก็บรวบรวมและการบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙ (สนย.) ๒. ระยะเวลาในการตรวจสอบ (Audit) ทุกไตรมาส ๓. จัดลำดับรายจังหวัด/รายเขตที่มีคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพ ๑ – ๓ กลุ่มลำดับ (ดีเด่น) (ดีมาก) (ดี)	ติดตามผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัสโรค ระดับอำเภอและจังหวัด รายไตรมาสของทีมคุณภาพระดับอำเภอ/จังหวัด (ตามแบบฟอร์มรายงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์สุขภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในของจังหวัด)	๑. หน่วยบริการภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลในแต่ละจังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำข้อมูลผลการตรวจสอบไปวิเคราะห์และวางแผนบริหารจัดการคุณภาพข้อมูลให้มีคุณภาพต่อไป

*หมายเหตุ : สามารถดาวน์โหลดคู่มือแนวทางมาตรฐานการเก็บรวบรวมและการบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙ และแบบฟอร์มรายงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์สุขภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในได้ที่เว็บไซต์ www.thcc.or.th

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)**
แผนที่	**๑๓. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๑. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๘๓. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล**
คำนิยาม	คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย **๑. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง** ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของการตายทั้งหมด **ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง** การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดแจ้ง เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ **ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้** - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD๑๐ codes R๐๐-R๙๙) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD๑๐ Code Y๑๐-Y๓๔, Y๘๗.๒) - ill-defined cancers (ICD๑๐ Code C๘๐, and C๙๗) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD๑๐ Code I๔๗.๒, I๔๙.๐, I๔๖, I๕๐, I๕๑.๔, I๕๑.๕, I๕๑.๖, I๕๑.๙ and I๗๐.๙). **๒. คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง** คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค มีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๑.ไม่น้อยกว่า ๒๕ % ๒.ไม่น้อยกว่า ๘๐ %	๑. ไม่น้อยกว่า ๓๐ % ๒. ไม่น้อยกว่า ๘๕ %	๑. ไม่น้อยกว่า ๓๕ % ๒. ไม่น้อยกว่า ๙๐ %	๑. ไม่น้อยกว่า ๔๐ %	๑. ไม่น้อยกว่า ๔๕ %

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ๒. เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพในสถานพยาบาล
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	๑. สาเหตุการตาย : ๗๖ จังหวัด (ยกเว้น กทม.) ๒. ข้อมูลบริการสุขภาพ : หน่วยบริการภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย ๒. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ ๓. การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนของผู้ป่วย
แหล่งข้อมูล	๑. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ๒. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด (ยกเว้น กทม.)
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ

รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. สาเหตุการตาย : (A/B) x ๑๐๐ ๒. ข้อมูลบริการสุขภาพ : (C/D) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๒ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน :
สาเหตุการตาย

ปี	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๒๕๖๐		ไม่น้อยกว่า ๒๕ %		ไม่น้อยกว่า ๒๕ %
๒๕๖๑		ไม่น้อยกว่า ๓๐ %		ไม่น้อยกว่า ๓๐ %
๒๕๖๒		ไม่น้อยกว่า ๓๕ %		ไม่น้อยกว่า ๓๕ %
๒๕๖๓		ไม่น้อยกว่า ๔๐ %		ไม่น้อยกว่า ๔๐ %
๒๕๖๔		ไม่น้อยกว่า ๔๕ %		ไม่น้อยกว่า ๔๕ %

ข้อมูลบริการสุขภาพ

ปี	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๒๕๖๐		ไม่น้อยกว่า ๘๐ %		ไม่น้อยกว่า ๘๐ %
๒๕๖๑		ไม่น้อยกว่า ๙๐ %		ไม่น้อยกว่า ๙๐ %
๒๕๖๒		ไม่น้อยกว่า ๙๕ %		ไม่น้อยกว่า ๙๕ %
๒๕๖๓				
๒๕๖๔				

วิธีการประเมินผล :	๑.สาเหตุการตาย : ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย (มรณบัตร) ๒.ข้อมูลบริการสุขภาพ : ประเมินจากคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคตาม คู่มือมาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙ **หมายเหตุ :** การประเมินร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลต้องผ่านทั้งคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย และ คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์
เอกสารสนับสนุน :	๑. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙ (http://thcc.or.th/ebook.html) ๒. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล (http://thcc.or.th/ebook.html) ๓. คู่มือการสรุปสาเหตุการตาย และการรับรองสาเหตุการตาย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๑.สาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill-define) ยกเว้น กรุงเทพมหานคร	ร้อยละ	-	-	-
๒.คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค	ร้อยละ			
๒.๑ ผู้ป่วยใน		-	๙๗.๓๙	-
๒.๒ ผู้ป่วยนอก		-	๘๙.๓๙	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	<u>ข้อมูลบริการสุขภาพ</u> ๑. นางมะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๔๙๒ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : ๐๒-๙๖๕-๙๘๑๖ E-mail : thcc.health@hotmail.com **กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์** ๒. นายมณฑล บัวแก้ว หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๓ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๔๙๗ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : ๐๒-๕๙๑-๘๖๒๗ E-mail : monthon.b@moph.mail.go.th **กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์** <u>ข้อมูลสาเหตุการตาย</u> ๓. นางชูจิตร นาชีวะ หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๑ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๔๙๑ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : ๐๒-๕๙๑-๘๑๙๔ E-mail : chujit@health.moph.go.th **กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์** ๔. นางนพรัตน์ จันทศรี รองหัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๑ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๔๙๑ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : ๐๒-๕๙๑-๘๑๙๔ E-mail : jantasri@health๒.moph.go.th **กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นายมณฑล บัวแก้ว หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๓ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๔๙๗ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : ๐๒-๕๙๑-๘๖๒๗ E-mail : monthon.b@moph.mail.go.th **กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์** ๒. นางนพรัตน์ จันทศรี รองหัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๑ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐-๑๔๙๑ โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : ๐๒-๕๙๑-๘๑๙๔ E-mail : jantasri@health.moph.go.th **กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์**

หัวข้อ ๔.๓ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี ๒๕๖๐ (ร้อยละ ๙๕.๕)

สถานการณ์

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) โดยกำหนดวิสัยทัศน์ ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียม ด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน เป้าหมาย เพื่อลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย การเจ็บป่วยฉุกเฉินหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทันท่วงที อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร ดังนั้น ทุกจังหวัดต้องมีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ

การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย มีความก้าวหน้าในหลายส่วน อันเกิดจากการส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการปฏิบัติงาน ๒๔ ชั่วโมง ครบทุกจังหวัด แม้ว่าในด้านมาตรฐานและคุณภาพของการปฏิบัติการจะอยู่ระหว่างการพัฒนาผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และหน่วยปฏิบัติการให้เพิ่มขึ้นก็ตาม แต่การเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการปฏิบัติการตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙ มีจำนวนครั้งของการออกปฏิบัติการ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ๑,๒๒๐,๙๗๖ ครั้ง, ๑,๒๗๗,๙๘๕ ครั้ง, ๑,๓๓๗,๐๓๕ ครั้ง และ ๑,๔๕๐,๖๔๒ ครั้ง ถึงอย่างไรก็ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เนื่องมาจากการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนในหลายจังหวัดยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีพื้นที่ที่ยังไม่มีหน่วยปฏิบัติการถึง ร้อยละ ๒๐ รวมทั้งหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนแล้วแต่ปฏิบัติงานจริง มีเพียงร้อยละ ๕๙ ส่วนประชาชนก็ยังรับรู้และตระหนักถึงภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที มีสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินอยู่ระหว่างร้อยละ ๑๐ - ๒๐

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด
๒. ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่
๓. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
๔. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๑. การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด			
จังหวัดมีการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีประสิทธิภาพ	๑. สนับสนุนให้มีการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในจังหวัด เพื่อ ๑.๑ ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด ๑.๒ มีการจัดทำแผนการ	๑ คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/คณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินเข้าร่วมประชุม ๒. รายงานการประชุมของ	คณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/คณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน มีบทบาทในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ดำเนินงาน/แผนการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดประจำปี ๑.๓ มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด ๑.๕ มีการติดตามประเมินผลและรายงานผลให้ผู้บังคับบัญชาทราบ	อนุกรรมการจังหวัด หรือการประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดำเนินงาน/การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด ๓. แผนการดำเนินงาน/แผนการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ปี ๖๐ ๔. รายงานการติดตามการดำเนินงานตามแผน ๕. สรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร	
๒. ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่			
มีหน่วยปฏิบัติการครอบคลุมทุกตำบล	๑. สนับสนุนให้ อปท.เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒. ขยายศูนย์ฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการระดับต่างๆ ให้ครอบคลุมพื้นที่ ๓. สนับสนุนงบประมาณในการจัดการอบรมให้ศูนย์ฝึกอบรมฯ	๑. จำนวนหน่วยปฏิบัติการในแต่ละจังหวัด ครอบคลุมพื้นที่มากน้อยแค่ไหน ๒. แผนการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ๓. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรม	มีหน่วยปฏิบัติการในแต่ละจังหวัด ครอบคลุมทุกตำบล
๓. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)			
สสจ.มีการรายงานข้อมูลในระบบฯ ทันเวลา ครบถ้วน ถูกต้อง	๑. สนับสนุนให้สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเข้าร่วมโครงการในระบบจ่ายตรง ๒. เปิดระบบการให้คำปรึกษาทาง online หากพบปัญหาในการบันทึกข้อมูล ๓. การจัดสรรเงิน On top ให้จังหวัดเพิ่มขึ้น หากมีการบันทึกข้อมูลทันเวลา ครบถ้วน ถูกต้อง	๑. ติดตามสถานการณ์การรายงานข้อมูลในระบบฯ ๒. ปัญหา อุปสรรคในการลงบันทึกข้อมูลในระบบฯ	สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสามารถรายงานข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ได้ทันเวลา ครบถ้วน ถูกต้อง
๔. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่			
ค้นหา ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่	๑. มีการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานงานให้พื้นที่ทราบอย่างต่อเนื่อง ๒. มีผู้ประสานงานการแพทย์ฉุกเฉินประจำ	๑. สอบถาม ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินจากผู้รับผิดชอบงานและผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ เพื่อช่วยแก้ปัญหาในเบื้องต้น	ได้ทราบปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความต้องการของจังหวัด เพื่อรวบรวมเสนอผู้บริหารระดับสูงต่อไป

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	จังหวัดทุกจังหวัด ๓. มีการลงตรวจเยี่ยมจังหวัดของทีมงานอย่างต่อเนื่อง	เรื่องใดเป็นเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้ จะรวบรวม ไปเสนอผู้บริหารพิจารณาแก้ไขต่อไป ๒. รวบรวมข้อเสนอแนะ และ ความต้องการขอรับการสนับสนุนจากส่วนกลาง	

เกณฑ์การตรวจประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕	๑. ผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐	๑. ผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕	๑. ผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๕.๕
๒. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/คณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินเข้าร่วมประชุม	๒. มีรายงานการประชุมของอนุกรรมการจังหวัด หรือ การประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดำเนินงาน/การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด	๒. มีรายงานการประชุมของอนุกรรมการจังหวัด หรือ การประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดำเนินงาน/การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด	๒. มีรายงานการประชุมของอนุกรรมการจังหวัด หรือ การประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดำเนินงาน/การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด
๓. มีแผนการดำเนินงาน/แผนการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ปี ๖๐	๓. มีรายงานการติดตามการดำเนินงานตามแผน	๓. มีรายงานการติดตามการดำเนินงานตามแผน	๓. มีรายงานการติดตามการดำเนินงานตามแผน
๔. มีแผนการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด	๔. มีข้อมูลจำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผน	๔. มีข้อมูลจำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผน	๔. มีข้อมูลจำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผน
๕. สถานการณ์การรายงานข้อมูลในระบบ ITEMS ของจังหวัด ปัญหา อุปสรรคในการลงบันทึกข้อมูลในระบบ ITEMS ของจังหวัด	๕. การแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการลงบันทึกข้อมูลในระบบ ITEMS ของจังหวัด	๕. การนำข้อมูลจากระบบไปใช้ประโยชน์	๕. สรุปการนำข้อมูลจากระบบไปใช้ และ ข้อเสนอแนะความต้องการของจังหวัด
๖. มีข้อมูลความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในจังหวัด	๖. การติดตามความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการ	๖. การติดตามความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการ	๖. การติดตามความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการ
๗. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน	๗. การแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน	๗. การแก้ไขปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน	๗. ข้อเสนอแนะ ความต้องการของจังหวัด ในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่รับผิดชอบ
นางธัณณ์จิรา ธนาศิริธัชนันท์	รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	ทำงาน : ๐๒ ๘๗๒๑๖๖๙ มือถือ : ๐๘๕-๔๘๘ ๑๖๖๙ E-mail : thunjira.t@niems.go.th	รายละเอียดตัวชี้วัด
นางสินีนุช ชัยสิทธิ์	ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	ที่ทำงาน : ๐๒-๘๗๒๑๖๖๙ มือถือ : ๐๘๑-๘๑๙๑๖๖๙ E-mail : sineenuch.c@niems.go.th	การรวบรวมผลการดำเนินงาน

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)**
แผนที่	**๑๔. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ**
โครงการที่	**๑. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน**
ลักษณะ	**Leading Indicator**
ระดับการวัดผล	**ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๘๘. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี ๒๕๖๐**
คำนิยาม	**ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง** บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น ซึ่งในที่นี้เรียกว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน และได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ประชากรเป้าหมายปี ๒๕๖๐ = ๑,๕๐๐,๐๐๐ ราย ประชากรเป้าหมายปี ๒๕๖๑ = ๑,๕๕๐,๐๐๐ ราย ประชากรเป้าหมายปี ๒๕๖๒ = ๑,๖๐๐,๐๐๐ ราย ประชากรเป้าหมายปี ๒๕๖๓ = ๑,๖๕๐,๐๐๐ ราย ประชากรเป้าหมายปี ๒๕๖๔ = ๑,๗๐๐,๐๐๐ ราย

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๙๕.๕	ร้อยละ ๙๕.๕	ร้อยละ ๙๕.๕	ร้อยละ ๙๕.๕	ร้อยละ ๙๕.๕

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน ๒. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลบันทึกผลการปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ของแต่ละจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานในแต่ละจังหวัดที่บันทึกในระบบ ITEMS
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นเป้าหมายปี ๒๕๖๐ = ๑,๕๐๐,๐๐๐ ราย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๙๕.๕

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๙๕.๕

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๙๕.๕

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๙๕.๕

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๙๕.๕

วิธีการประเมินผล :

๑. มีระบบตรวจสอบ (Audit) เอกสารแบบฟอร์มการปฏิบัติงาน
๒. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในระบบ ITEMS

เอกสารสนับสนุน :

๑. ข้อมูลในระบบฐานข้อมูล ITEMS
๒. รายงานการตรวจสอบแบบฟอร์มการปฏิบัติงานในระบบ Audit

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๑,๓๓๗,๐๓๕	ครั้ง	๑,๒๗๗,๙๘๕	๑,๓๓๗,๐๓๕	๙๕๔,๕๖๕

ปี ๒๕๕๙ ผลงาน ๘ เดือน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. นางธัณณ์จิรา ธนาศิริธัชนันท์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๘๗๒๑๖๖๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๔๘๘๑๖๖๙
โทรสาร : ๐๒-๘๗๒๑๖๖๙ E-mail : thunjira.t@niems.go.th
๒. นางสินีนุช ไชยสิทธิ ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๘๗๒๑๖๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๑๙๑๖๖๙
โทรสาร : ๐๒-๘๗๒๑๖๐๓ E-mail : sineenuch.c@niems.go.th
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

๑. นางธัณณ์จิรา ธนาศิริธัชนันท์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๘๗๒๑๖๖๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๔๘๘๑๖๖๙
โทรสาร : ๐๒-๘๗๒๑๖๖๙ E-mail : thunjira.t@niems.go.th
๒. นางสินีนุช ไชยสิทธิ ผู้จัดการงานติดตามประเมินผล
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๘๗๒๑๖๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๑๙๑๖๖๙
โทรสาร : ๐๒-๘๗๒๑๖๐๓ E-mail : sineenuch.c@niems.go.th
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

หัวข้อ ๔.๔ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ไม่เกินร้อยละ ๘)

สถานการณ์

หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังคงมีความเสี่ยงทางการเงิน มีปัญหาขาดสภาพคล่อง เงินบำรุงคงเหลือลดลงและมีภาระหนี้สินเพิ่มขึ้น ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังปัญหาอย่างต่อเนื่องจากสถิติโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการเงินย้อนหลัง ๒๕๕๖–๒๕๕๙ (ไตรมาส ๓) พบว่ามีโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการเงินระดับ ๗ เกิดขึ้นทุกไตรมาส โดยมีจำนวนที่แตกต่างกัน

ไตรมาสที่	๑/๕๖	๒/๕๖	๓/๕๖	๔/๕๖	๑/๕๗	๒/๕๗	๓/๕๗	๔/๕๗	๑/๕๘	๒/๕๘	๓/๕๘	๔/๕๘	๑/๕๙	๒/๕๙	๓/๕๙
รพ.ระดับ ๗ (แห่ง)	๘๘	๑๓๖	๑๖๙	๕๘	๑๔๕	๑๐๒	๑๕๖	๗๘	๕๓	๔๘	๑๐๔	๑๓๖	๗๔	๔๔	๘๖

ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาทางการเงินมาจากหลายสาเหตุ คือ

๑. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอโดยเฉพาะในพื้นที่เฉพาะ ในในถิ่นทุรกันดาร ประชากรเบาบางห่างไกล

๒. การปรับเกลี่ยเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ

๓. ผลกระทบจากการปรับเพิ่มค่าแรง ค่าตอบแทนและการลงทุนขนาดใหญ่ที่ขาดการวางแผนล่วงหน้าทำให้ส่งผลกระทบต่องบดำเนินงานประจำของหน่วยงาน

๔. การขาดการวางระบบการควบคุมภายในที่ดี

๕. การบริหารจัดการที่ยังขาดประสิทธิภาพ การวางแผนทางการเงินที่ดีไม่มีความระมัดระวังในการใช้จ่ายงบประมาณ โดยเฉพาะมีการลงทุนที่ไม่เหมาะสม

<u>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</u>

๑. จัดสรรแล้วหน่วยบริการมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย
๒. การบริหารและกำกับแผนการเงินการคลัง (PlanFin๖๐) ทุกเดือน
๓. การประเมินกระบวนการทำงาน (FAI)
๔. ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยใช้ดัชนี ๗ ตัว
๕. ตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง
๖. คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์
๗. สร้างเครือข่ายด้านการเงินการคลังและพัฒนาศักยภาพบุคลากร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ความหมาย
หน่วยบริการ	มาตรการที่ ๑ การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)	๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย <u>ค่าเป้าหมาย:</u> ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	หน่วยบริการได้รับการจัดสรรงบที่พอเพียงต่อการให้บริการไม่ประสบปัญหาการเงิน	รายได้ = รายได้หักงบลงทุน ค่าใช้จ่าย = ค่าใช้จ่ายไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ความหมาย
หน่วยบริการ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/เขตสุขภาพ	มาตรการ ๒ ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)	๒.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์ <u>ค่าเป้าหมาย :</u> ร้อยละ ๑๐๐ (รอบที่ ๑) ๒.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕) <u>ค่าเป้าหมาย :</u> ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ (รอบที่ ๒)	หน่วยบริการมีแผนการเงินที่มีคุณภาพ และใช้แผนเพื่อการบริหารควบคุม กำกับการดำเนินงานตลอดปีงบประมาณ	๒.๑ ครบถ้วน = ครบ ๗ แผน ถูกต้อง = ตามเกณฑ์ กปภ.กำหนด สมบูรณ์ = ผ่าน สสจ./เขต ๒.๒ เปรียบเทียบทั้งด้านรายได้และค่าใช้จ่าย <u>เงื่อนไข</u> ต้องผ่านทั้ง๒ ด้าน จึงจะผ่านเกณฑ์
หน่วยบริการ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/เขตสุขภาพ	มาตรการ ๓ สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)	๓.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ ไม่เกินค่า mean+๑ SD ของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน (๒๐ กลุ่ม) <u>ค่าเป้าหมาย :</u> ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๓.๒ ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > ๔ ตัว จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน ๗ ตัว <u>ค่าเป้าหมาย :</u> ร้อยละ ๕๐ ๓.๓ ร้อยละของหน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนน FAI >๙๐ <u>ค่าเป้าหมาย:</u> ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕	หน่วยบริการมีการใช้ทรัพยากรและ การบริหารจัดการภายในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ	๓.๑ประเมินสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ หมายถึง (ต้นทุน = ต้นทุนยาเวชภัณฑ์มิใช่ยา ว.การแพทย์ ว.วิทยาศาสตร์การแพทย์ วัสดุทันตกรรม) (ค่าตอบแทน = ฉ ๕, พตส, ฉ๘ ,ฉ๙) (รายได้ = รายได้จากการให้บริการ) ๓.๒ เกณฑ์ประสิทธิภาพ ๗ ตัว ของกลุ่มประกันสุขภาพ ๓.๓ ตามผลการประเมินประสิทธิภาพ ๔ กิจกรรม

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ความหมาย
หน่วยบริการ	มาตรการ ๔ พัฒนาคุณภาพข้อมูลบัญชี (Accounting Audit)	๔.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีคะแนนคุณภาพบัญชี (ตรวจสอบบัญชีด้วยวิธีอิเลคทรอนิกส์) มีความถูกต้อง <u>ค่าเป้าหมาย :</u> ร้อยละ ๘๕	รายงานการเงินได้รับการตรวจรับรองคุณภาพเบื้องต้นที	ตามเกณฑ์คะแนนคุณภาพบัญชีกลุ่มประกันสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/เขตสุขภาพ	มาตรการ ๕ สร้างเครือข่ายด้านการเงินการคลังและศักยภาพบุคลากร (Network & Capacity Building)	๕.๑ จำนวนเครือข่ายการเงินการคลังทุกระดับ <u>ค่าเป้าหมาย :</u> ๑๒ เขต ๗๖ จังหวัด ๕.๒ ร้อยละของ CFO ระดับเขต ผ่านการอบรมตามหลักสูตร <u>ค่าเป้าหมาย :</u> ร้อยละ ๘๐ ๕.๓ ร้อยละของผู้ตรวจสอบบัญชี (Accounting Audit) ผ่านการอบรมตามหลักสูตร <u>ค่าเป้าหมาย :</u> ร้อยละ ๘๐	มีเครือข่ายการเงินการคลังที่ช่วยสนับสนุนการสร้างคุณภาพและประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง	๕.๑ มีเครือข่าย CFO และ Auditor ระดับเขต/จังหวัด ๕.๒ จำนวน CFO ผ่านการอบรมตามหลักสูตร ๕.๓ จำนวน Auditor ผ่านการอบรมตามหลักสูตร

<u>หน่วยงานที่รับผิดชอบ</u> : กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ : นายแพทย์พิทักษ์พล บุณยมาลิก ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ
โทร. ๐๒-๕๙๐-๑๕๘๑
นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ
โทร. ๐๒-๕๙๐- ๑๗๙๗
นางอมรรัตน์ พีระพล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง
โทร. ๐๒-๕๙๐-๑๗๙๗ E-mail address : higmoph@gmail.com
นางอุทัย เกษรา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทร. ๐๒-๕๙๐-๑๕๗๕

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)**
แผนที่	**๑๔. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ**
โครงการที่	**๒. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง**
ลักษณะ	**Lagging Indicator**
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๙๒. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน**
คำนิยาม	**หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง** หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีปัญหาทางด้านการเงินโดยมีรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ทำให้ขาดสภาพคล่องหรือมีสถานะการเงินอยู่ในระดับวิกฤติ กำหนดเป็นเกณฑ์วัดเป็น ๗ ระดับ ประกอบด้วยดัชนีทางการเงิน ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และ อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio) ๒) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ประกอบด้วย ทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital: NWC) และ รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income or EBITDA) ๓) กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาทางการเงิน เป็นการคาดการณ์ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิจะหมดภายในระยะเวลาน้อยกว่า ๓ เดือน หรือ จะหมดภายในระยะเวลาน้อยกว่า ๖ เดือน ระดับคะแนนที่แสดงถึงการขาดสภาพคล่องหรือวิกฤติสูงสุดคือระดับ ๗ โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดดังนี้ ๑) Current Ratio <๑.๕ = ๑ คะแนน ๒) Quick Ratio <๑.๐ = ๑ คะแนน ๓) Cash Ratio <๐.๘ = ๑ คะแนน ๔) ทุนหมุนเวียนสุทธิติดลบ = ๑ คะแนน ๕) ผลประกอบการขาดทุน = ๑ คะแนน ๖) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย<๓ เดือน = ๒ คะแนน ๗) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย<๖ เดือน = ๑ คะแนน หน่วยบริการที่มีค่าดัชนีน้อยกว่ามาตรฐาน แสดงถึงการเข้าสู่สถานะความเสี่ยงทางการเงินและต้องเฝ้าระวังซึ่งจะมีการประเมินทุกไตรมาส <u>หมายเหตุ</u> ระบบข้อมูลบัญชีที่ดีและมีคุณภาพ ของหน่วยบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผลการประเมินผลสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง การบริการจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพมีส่วนสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินของหน่วยบริการ

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
๘	๖	๔	๒	๐

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน ๒. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กลุ่มประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	กลุ่มประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๘	๘	๘	๘

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๖	๖	๖	๖

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๔	๔	๔	๔

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๒	๒	๒	๒

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๐	๐	๐	๐

วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์
เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ร้อยละ	ไตรมาส ๑/๕๗ ร้อยละ ๑๑.๕๘ ไตรมาส ๒/๕๗ ร้อยละ ๑๒.๑๓ ไตรมาส ๓/๕๗ ร้อยละ ๑๒.๙๑ ไตรมาส ๔/๕๗ ร้อยละ ๙.๑๘	ไตรมาส ๑/๕๘ ร้อยละ ๖.๓๑ ไตรมาส ๒/๕๘ ร้อยละ ๕.๗๖ ไตรมาส ๓/๕๘ ร้อยละ ๑๒.๑๙ ไตรมาส ๔/๕๘ ร้อยละ ๑๕.๖๕	ไตรมาส ๑/๕๙ ร้อยละ ๘.๗๑ ไตรมาส ๒/๕๙ ร้อยละ ๕.๐๔ ไตรมาส ๓/๕๙ ร้อยละ ๙.๘๓

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	๑. นพ.พิทักษ์พล บุณยมาลิก ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ E-mail : pitalpolb@hotmail.com

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๒. นางอมรรัตน์ พีระพล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง E-mail : amonrattana@gmail.com ๓. นางนิ่มอนงค์ สายรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๖ E-mail : nimanong_๑๕@hotmail.com ๔. นางสาวอโณทัย ไชยปาละ กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐ ๑๕๗๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๖ E-mail : meawrnothai@gmail.com **กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางสาวอโณทัย ไชยปาละ กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๔ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๕๗๖ E-mail : meawrnothai@gmail.com **กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

หัวข้อ ๔.๕ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ (ร้อยละ ๒๐)

สถานการณ์

การพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของประเทศไทย ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับรูปแบบการดำเนินงานให้มุ่งเน้นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาโดยกำหนดประเด็นวิจัยของชาติที่ตอบโจทย์การยกระดับศักยภาพการบริการที่เป็นฐานเดิมและการต่อยอดขยายฐานใหม่ด้วยการพัฒนานวัตกรรม รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมที่ยกระดับคุณภาพสังคมและการดำรงชีวิตของประชาชนในสังคมผู้สูงอายุ การส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะสูง การพัฒนาหน่วยงานทดสอบและรับรองมาตรฐานในระดับสากล การดำเนินมาตรการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมทั้งในด้านโครงสร้างพื้นฐานที่ทันสมัย ระบบแรงจูงใจและระบบสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ กฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่ออำนวยความสะดวก การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและการรับเทคโนโลยีจากต่างประเทศ รวมทั้งทรัพย์สินทางปัญญาขึ้นมารองรับ เพื่อให้ประเทศไทยไม่อยู่ในสถานะเป็นเพียงแค่ผู้ซื้อและผู้รับถ่ายทอดเทคโนโลยีจากต่างประเทศ แต่สามารถพัฒนาเทคโนโลยีได้ด้วยตนเองในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีสำหรับกลุ่มการผลิตและบริการเป้าหมาย

ดังนั้น เพื่อให้ประเทศไทยพัฒนาเข้าสู่สังคมนวัตกรรมและเตรียมการก้าวสู่ประเทศรายได้สูงในอนาคตแนวทางการพัฒนาในช่วงระยะเวลา ๕ ปี จะต้องให้ความสำคัญกับการใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ผลงานวิจัยและพัฒนาความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์อย่างเข้มข้นทั้งในภาคธุรกิจ ภาครัฐ และภาคประชาสังคม รวมทั้งให้ความสำคัญกับการพัฒนาสภาวะแวดล้อมหรือปัจจัยพื้นฐานที่เอื้ออำนวยทั้งการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนา การพัฒนาบุคลากรวิจัย โครงสร้างพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี และการบริหารจัดการ เพื่อช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศให้ก้าวสู่เป้าหมายดังกล่าว

การวิจัยเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กล่าวคือ สามารถนำงานวิจัยไปใช้ปรับปรุงแก้ไขทั้งในด้านนโยบายการบริหาร และการส่งเสริมคุณภาพการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ถ้านักวิจัย และผู้บริหารได้ทำงานร่วมกัน ผลงานวิจัยก็จะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านวิชาการ และด้านการบริหาร เพราะการวิจัยจะทำให้เกิดความคิด ความเข้าใจใหม่ ซึ่งผู้บริหารจะนำไปใช้เป็นหลักในการตัดสินใจ เป็นการช่วยให้การปฏิบัติงานได้ผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น การนำผลการวิจัยไปใช้มีความสำคัญมากต่อการวิจัย เพราะถ้าไม่มีการนำผลการวิจัยไปใช้แล้ว การวิจัยก็จะเป็นเรื่องฟุ่มเฟือย

การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย โดยการเผยแพร่ผลงานวิจัยให้สาธารณชนรับรู้ถึงสารประโยชน์จากงานวิจัยอาจช่วยได้ระดับหนึ่ง แต่เท่าที่ผ่านมายังไม่มีหลักฐานเด่นชัดว่า หลังจากดำเนินการวิจัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว หน่วยงานเจ้าของทุนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำผลจากการวิจัยไปใช้อันก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านใดบ้าง ดังนั้น เพื่อให้มีหลักฐานแสดงว่าได้มีการนำผลงานวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์หรือข้อเสนอแนะที่ระบุไว้ในรายงานการวิจัยอย่างถูกต้อง และมีหลักฐานปรากฏชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริง

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑ ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์			
เพื่อเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนการทำงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพในเขตสุขภาพ	๑. เพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย "R๒R Facilitator Advance Course"	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในทุกจังหวัดทุกเขตสุขภาพผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย อย่างน้อย ๑ คน/จังหวัด	ผู้ผ่านการอบรมมีความรู้และทักษะในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อส่งเสริมให้เกิดงาน วิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ ในหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายในภูมิภาคได้
มีผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ	๒. สนับสนุนให้เกิดผลงานวิจัย/ R๒R ด้านสุขภาพ ของเขตสุขภาพ	ในทุกจังหวัด ทุกเขตสุขภาพมีผลงานวิจัย/ R๒R ด้านสุขภาพ อย่างน้อย ๕ เรื่อง/จังหวัด	ในทุกเขตสุขภาพมีการผลิตผลงานวิจัย/ R๒R ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์
หน่วยงานที่มีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้จัดทำ SOP	๓. จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัย (SOPs)	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับจังหวัดมีการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง ๔ ครั้ง/ปี	ในทุกเขตสุขภาพมีมาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัย (SOPs)
มีระบบฐานข้อมูลงานวิจัย/ R๒R ระดับเขตสุขภาพ	๔. จัดทำระบบฐานข้อมูลงานวิจัย/ R๒R ระดับเขตสุขภาพ	ทุกจังหวัดรวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัย/ R๒R จากหน่วยงานในจังหวัด ส่งเป็นฐานข้อมูลผลงานวิจัย/ R๒R ระดับเขตสุขภาพ	มีระบบฐานข้อมูลงานวิจัย/ R๒R ระดับเขตสุขภาพ
ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ ๒๐	๕. ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ย้อนหลังไม่เกิน ๑ ปี กรณีที่งานวิจัย/R๒R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า ๑ ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว **ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ มีดังนี้** ๑. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อเจราจาธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ การจดลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย	องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		๒. เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศและหรือระดับนานาชาติ ๓. เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหารและการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาด้านส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้ ๔. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซด์ฯ	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักวิชาการสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
นางชนิดา กาจีนะ	ตำแหน่ง.นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการสาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๗๑๘-๙ Mobile ๐๘๑-๘๐๖๖๒๓๘ e-mail: numaewssj@hotmail.com
ดร.จุฬาพร กระเทศ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการสาธารณสุข	Tel. . ๐๒-๕๙๐๑๗๑๘-๙ Mobile ๐๙๔-๔๘๙๙๙๒๙ e-mail : juraporn_krates@hotmail.com
นางมยุรี จงศิริ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการสาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๑๙๘๓๕ Mobile ๐๘๑-๒๖๑๖๐๖๐ e-mail: research.moph@hotmail.com
นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักวิชาการสาธารณสุข	Tel. . ๐๒-๕๙๑๙๘๓๕ Mobile ๐๘๙-๗๘๑๑๗๔๘ e-mail : research.moph@hotmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	**Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)**
แผนที่	**๑๕. การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๑. โครงการพัฒนางานวิจัย**
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	**เขต**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	**๙๓. ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์**
คำนิยาม	**ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ หมายถึง** องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปฏิทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นวิชา (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และนวัตกรรม (innovation) **ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง** องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ
เกณฑ์เป้าหมาย	

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๔๐

วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ ๒. ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนกลาง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.การแจงนับผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย ๑.๑ หน่วยงานเจ้าภาพของตัวชี้วัด (สำนักวิชาการสาธารณสุข) ๑.๒ สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ ๑.๓ สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข ๑.๔ สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ เข้ารับการประกวดและผ่านการคัดเลือกเป็นผลงานวิชาการดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข ๑.๕ ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข และได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข ฯ โดยนับเริ่มตั้งแต่ฉบับที่ ๖ ของปีงบประมาณที่ผ่านมาถึงฉบับที่ ๕ ของปีงบประมาณปัจจุบัน (วารสารวิชาการสาธารณสุขผลิต ๖ เล่ม/ปี) ๒. การนิเทศติดตามประเมินผล

แหล่งข้อมูล	๑.หน่วยงานส่วนกลาง ๑.๑.สำนักวิชาการสาธารณสุข ๒.สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพทั้งหมดที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔ (เดือนกันยายน)

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๒๐

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๒๕

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๓๐

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๓๕

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			๔๐

วิธีการประเมินผล :	โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R๒R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า ๑ ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว **ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ มีดังนี้** ๑. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อเจราจาธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ การจดลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย ๒. เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศและหรือระดับนานาชาติ ๓. เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาด้านส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้ ๔. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ฯ
เอกสารสนับสนุน :	๑. เว็บไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R๒R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว ๒. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ ๓. บทคัดย่อผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
	ผลงานวิจัย/R๒Rด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	ผลงาน	๑๑๗	๑๑๕	๑๑๔

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางชนิดา กาจีนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๑๘-๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๐๖๖๒๓๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๑๘-๙ E-mail : numaewssj@hotmail.com ๒. ดร.จุฬาพร กระเทศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๑๘-๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔-๔๘๙๙๙๒๙ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๑๘-๙ E-mail : juraporn_krates@hotmail.com ๓. นางมยุรี จงศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๒-๕๙๑๙๘๓๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๒๖๑๖๐๖๐ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๙๘๓๕ E-mail : research.moph@hotmail.com ๔. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๘๑๑๗๔๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๙๘๓๕ E-mail : research.moph@hotmail.com **สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นายแพทย์ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านส่งเสริมสุขภาพ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ) (ด้านสาธารณสุข) โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๑๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๑๒๔๔๘๐ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๐๔ E-mail : pathom@health.moph.go.th ๒. ดร.ณัฏฐญา พัฒนะวาณิชนันท์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนทรงคุณวุฒิ ด้านกำลังคนสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๑๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๒๔๗๖๔๔๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๐๔ E-mail : nattaya-pa@hotmail.com ๓. นางชนิดา กาจีนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๑๘-๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๐๖๖๒๓๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๑๘-๙ E-mail : numaewssj@hotmail.com ๔. ดร.จุฬาพร กระเทศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๗๑๘-๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔-๔๘๙๙๙๒๙ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๗๑๘-๙ E-mail : juraporn_krates@hotmail.com ๕. นางมยุรี จงศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๑๙๘๓๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๒๖๑๖๐๖๐ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๙๘๓๕ E-mail : research.moph@hotmail.com ๖. นางพัชรวรรณ แก้วศรีงาม โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๘๑๑๗๔๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๑๙๘๓๕ E-mail : research.moph@hotmail.com **สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

คณะที่ ๕

การตรวจราชการแบบบูรณาการ ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

๑. การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

๒. การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

กรมอนามัย

กรมควบคุมโรค

สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สป.

สำนักบริหารการสาธารณสุข สป.

สำนักตรวจและประเมินผล

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

คณะที่ ๕

การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

.....

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้กำหนดให้ “การตรวจราชการ” เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดินที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐนั้นเป็นไปตามเป้าหมาย อีกทั้งยังเป็นกลไกสำคัญที่สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจต่างๆ ของภาครัฐ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สำนักนายกรัฐมนตรีได้กำหนดกรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการ ของผู้ตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ มี ๓ ประเด็นนโยบาย ได้แก่

๑. ประเด็นนโยบายรัฐบาล (Issue)

๑.๑ การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

๑.๒ การพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากและชุมชนเข้มแข็ง

๒. ประเด็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล (Hot Issue) : การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

<u>ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข มี ๒ ประเด็นนโยบาย</u> ได้แก่ ประเด็นที่ ๑.๑ และ ๒

๑. ประเด็นนโยบายรัฐบาล (Issue) : การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

๑.๑ เหตุผลในการตรวจราชการต่อเนื่อง

ปริมาณขยะมูลฝอยยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขยะอันตราย อาทิ ถ่ายไฟฉาย หลอดไฟ ซากเครื่องใช้ไฟฟ้า กระป๋องสเปรย์ ยังถูกทิ้งปะปนกับขยะประเภทอื่น และขยะมูลฝอยตกค้างยังมีการจัดการไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ และความเป็นอยู่ของประชาชน

จากการตรวจติดตามของผู้ตรวจราชการ ในปี ๒๕๕๙ ยังคงพบปัญหา ดังนี้

๑) การจัดเก็บและรวบรวมขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ยังไม่สอดคล้องกับระบบการคัดแยกขยะ

๒) ขั้นตอนและหลักเกณฑ์การจำหน่ายขยะยังไม่มีความชัดเจน ทำให้การกำจัดขยะของ อปท. ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

๓) ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดการมีส่วนร่วม และไม่เห็นความสำคัญของการลดและคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทางอย่างจริงจัง

ในคราวประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ได้มีมติเห็นชอบแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๕ และให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมร่วมกับกระทรวงมหาดไทย จัดทำแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศระยะชั้น (พ.ศ. ๒๕๕๙ -๒๕๖๐) พร้อมทั้งให้เร่งรัดการดำเนินการโครงการเกี่ยวกับการบริหารจัดการขยะมูลฝอยทั้งในพื้นที่นำร่องและในระดับชุมชนและหมู่บ้าน ซึ่งกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยกรมควบคุมมลพิษ และกระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ -๒๕๖๐) ภายใต้แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๕ โดยใช้หลักการ ๓ Rs คือ การใช้น้อย ใช้ซ้ำ และนำหลักมาใช้ใหม่ ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๕๙ ทั้งนี้ กระทรวงมหาดไทย ได้มีหนังสือแจ้งทุกจังหวัดให้ดำเนินการตามขั้นตอนการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน

“จังหวัดสะอาด” ตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ -๒๕๖๐) ซึ่งอยู่ภายใต้แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยขจองประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๙

๑.๒ เป้าหมายหลักในการตรวจติดตาม

เพื่อติดตาม ช่วยเหลือ และเร่งรัดการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลเพื่อสร้างคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดีให้แก่ประชาชน

๑.๓ วัตถุประสงค์ในการตรวจติดตาม

๑) เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๐) ของจังหวัด (แนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด”)

๒) เพื่อรับทราบผลการดำเนินโครงการภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมตามเอกสารงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ การแก้ไขปัญหาประเด็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ กรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่มีการก่อสร้างแล้วเสร็จ และไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ และกรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการก่อสร้าง แต่ไม่สามารถดำเนินการก่อสร้างได้ และประเมินความสัมฤทธิ์ผลของโครงการ ได้แก่ ความคุ้มค่า ประโยชน์ที่ได้รับ ผลกระทบจากการดำเนินโครงการ และความสัมฤทธิ์ผลของประเด็นนโยบายสำคัญการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

๓) เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินโครงการของจังหวัด พร้อมทั้งช่วยประสาน และเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยให้สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๑.๔ จุดเน้นในการตรวจติดตาม

๑) เน้นการตรวจติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๐) ของจังหวัด (แนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด”)

๒) เน้นการตรวจติดตามโครงการภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมตามเอกสารงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

แนวทางการดำเนินงาน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
(๑) การส่งเสริมการลดการเกิดขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายที่ต้นทางแหล่งกำเนิดและการนำขยะไปใช้ประโยชน์	- กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม **- กระทรวงสาธารณสุข** - กระทรวงศึกษาธิการ - สำนักนายกรัฐมนตรี
(๒) การเพิ่มศักยภาพการจัดเก็บ ขนส่ง และกำจัดขยะมูลฝอยตกค้างและที่เกิดใหม่ ของเสียอันตรายชุมชน และขยะติดเชื้อ	- กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม **- กระทรวงสาธารณสุข** - กระทรวงมหาดไทย - กระทรวงศึกษาธิการ
(๓) การเพิ่มศักยภาพการจัดการกากอุตสาหกรรม	- กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงอุตสาหกรรม
(๔. การพัฒนากฎ ระเบียบ มาตรการและแนวทางปฏิบัติและกำกับ ดูแลบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด	**- กระทรวงสาธารณสุข**

๓) เน้นการตรวจติดตามปัญหาเฉพาะพื้นที่ กรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่มีการก่อสร้างแล้วเสร็จ และไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ และกรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการก่อสร้าง แต่ไม่สามารถดำเนินการก่อสร้างได้ จำนวน ๑๙ แห่ง

๑.๕ ระยะเวลาในการตรวจติดตาม เห็นควรตรวจติดตาม ๒ รอบ ดังนี้

<u>รอบที่ ๑</u> (Project and Progress Reviews) เดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม ๒๕๖๐

<u>รอบที่ ๒</u> (Monitoring and Evaluation) เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม ๒๕๖๐

๑.๖ ประเด็นการตรวจติดตาม

รอบที่ ๑ **(Project and Progress Reviews)**	**รอบที่ ๒** **(Monitoring and Evaluation)**
๖.๑ สถานการณ์ขยะมูลฝอยในภาพรวมของจังหวัดและการบริหารจัดการขยะมูลฝอยโดยจำแนกตามประเภทของขยะ ๖.๒ ผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๐) ของจังหวัด (แนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด”) ๖.๓ ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดของการดำเนินโครงการ ๖.๓.๑ โครงการถ่ายโอนการสนับสนุนแผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด จำนวน ๓๘ โครงการ (๓๐ จังหวัด) ๖.๓.๒ โครงการภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ตามเอกสารงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ในความรับผิดชอบของกระทรวง ๖.๔ ปัญหาเฉพาะพื้นที่ ๖.๔.๑ กรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่มีการก่อสร้างแล้วเสร็จ และไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ จำนวน ๑๖ แห่ง ๖.๔.๒ กรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการก่อสร้าง แต่ไม่สามารถดำเนินการก่อสร้างได้ จำนวน ๓ แห่ง ๖.๕ ปัญหา ข้อจำกัดในการดำเนินการจัดการขยะและข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	๖.๑ การดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ ๖.๒ ผลความก้าวหน้าในการจัดการขยะในภาพรวม และการบริหารจัดการขยะจำแนกตามประเภทขยะ ๖.๓ ผลความก้าวหน้าในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๐) ของจังหวัด (แนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด”) ๖.๔ ผลความคืบหน้าในการดำเนินการโครงการ ๖.๔.๑ โครงการถ่ายโอนการสนับสนุนแผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด จำนวน ๓๘ โครงการ (๓๐ จังหวัด) ๖.๔.๒ โครงการภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ตามเอกสารงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ในความรับผิดชอบของกระทรวง ๖.๕ ผลความคืบหน้าในการแก้ไขปัญหาสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่มีการก่อสร้างแล้วเสร็จ และไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ และกรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการก่อสร้าง แต่ไม่สามารถดำเนินการก่อสร้างได้ ๖.๖ ความสำเร็จของการดำเนินโครงการ ได้แก่ ผลลัพธ์ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ ผลกระทบจากการดำเนินโครงการของ ๖.๖.๑ โครงการถ่ายโอนการสนับสนุนแผนปฏิบัติการ เพื่อการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด จำนวน ๓๘ โครงการ ๖.๖.๒ โครงการภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ตามเอกสารงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ในความรับผิดชอบของกระทรวง ๖.๗ ปัญหา ข้อจำกัดในการดำเนินการจัดการขยะและข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ

๑.๗ ขอบเขตในการตรวจติดตาม

๑) พื้นที่ในการตรวจติดตาม

ควรตรวจติดตามทุกจังหวัดทั่วประเทศ สำหรับพื้นที่ที่จะไปตรวจเยี่ยมสังเกตการณ์ ขึ้นอยู่ในดุลพินิจของคณะผู้ตรวจราชการ

๒) การคัดเลือกแผนงาน/โครงการที่ตรวจติดตาม

เห็นควรคัดเลือกแผนงาน/โครงการที่ตรวจติดตามสำคัญในภารกิจของกระทรวง (Function) ที่ใช้เป็นจุดยึดโยงการทำงานร่วมกันของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องภายใต้แผนงบประมาณในลักษณะบูรณาการ แผนงานบูรณาการการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการขยะ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งมีลักษณะโครงการที่ได้รับงบประมาณสูง มีพื้นที่ดำเนินการทั่วประเทศ หรือกระจายตัวอย่างกว้างขวาง ส่งผลต่อประชาชนเป็นจำนวนมาก รวมทั้งโครงการที่อยู่ในความรับผิดชอบของจังหวัด (Area) (ถ้ามี) เพื่อเพิ่มความคุ้มค่า (Value for Money) ของแผนงาน/โครงการ และนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของนโยบาย ดังนี้

(๑) โครงการถ่ายโอนการสนับสนุนแผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด ตามแนวทางการดำเนินการเพิ่มศักยภาพการจัดเก็บ ขนส่ง และกำจัดขยะมูลฝอยตกค้างและที่เกิดใหม่ ของเสียอันตรายชุมชน และขยะติดเชื้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น ๓๘ โครงการ (๓๐ จังหวัด)

(๒) ติดตามปัญหาเฉพาะพื้นที่กรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่มีการก่อสร้างแล้วเสร็จ และไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ และกรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการก่อสร้าง แต่ไม่สามารถดำเนินการก่อสร้างได้ จำนวน ๑๙ แห่ง

(๓) ติดตามการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๐) ของจังหวัด (แนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด”)

ทั้งนี้ คณะผู้ตรวจราชการเห็นสมควรจะคัดเลือกแผนงาน/โครงการที่ตรวจติดตามในพื้นที่โครงการใด ขึ้นอยู่ตามดุลพินิจของคณะผู้ตรวจราชการ

๓) การตรวจติดตาม

๑) ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีและผู้ตรวจราชการกระทรวง ตรวจติดตามร่วมกัน โดยตรวจติดตามร่วมกันในพื้นที่อย่างน้อยเขตตรวจราชการละ ๒ จังหวัด

(๑) การตรวจติดตามการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๐) ของจังหวัด (แนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด”)

(๒) โครงการถ่ายโอนการสนับสนุนแผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด ภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ตามเอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ตามแนวทางการดำเนินการเพิ่มศักยภาพการจัดเก็บ ขนส่ง และกำจัดขยะมูลฝอยตกค้างและที่เกิดใหม่ ของเสียอันตรายชุมชน และขยะติดเชื้อ

(๓) ปัญหาเฉพาะพื้นที่กรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่มีการก่อสร้างแล้วเสร็จ และไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ และกรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการก่อสร้าง แต่ไม่สามารถดำเนินการก่อสร้างได้

๒) ผู้ตรวจราชการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงศึกษาธิการ ผู้ตรวจราชการกระทรวงอุตสาหกรรม ผู้ตรวจราชการกระทรวงมหาดไทย ติดตามแผนงาน/โครงการตามแนวทางการดำเนินงาน ภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ตามเอกสารงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ตามข้อ ๔.๒ และส่งรายงานให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อประมวลผลในภาพรวม

๔) <u>วิธีการตรวจติดตาม</u>

เห็นควรตรวจติดตามโดยวิธีการต่างๆ ดังนี้

(๑) รับฟังรายงานและสอบถามข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานอื่นๆ ตามดุลพินิจของคณะผู้ตรวจราชการ ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สามารถสอบถามข้อมูล มีดังนี้

ประเด็นคำถาม	หน่วยงาน
๑. สถานการณ์ขยะมูลฝอยในภาพรวม และการบริหารจัดการขยะมูลฝอยโดยจำแนกตามประเภทของขยะ (ขยะมูลฝอยตกค้าง ขยะมูลฝอยชุมชน ของเสียอันตรายชุมชน มูลฝอยติดเชื้อ กากอุตสาหกรรมที่เป็นอันตราย)	- ผู้อำนวยสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด ในฐานะกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัด - ท้องถิ่นจังหวัด - อุตสาหกรรมจังหวัด **- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด**
๒. ผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๐) ของจังหวัด (แนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัด สะอาด”)	- ท้องถิ่นจังหวัด - ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดของการดำเนินโครงการ ๓.๑ โครงการถ่ายโอนการสนับสนุนแผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด ๓.๒ โครงการภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ตามเอกสารงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ในความรับผิดชอบของกระทรวง	- ผู้อำนวยสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด ในฐานะกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัด - ท้องถิ่นจังหวัด - ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการในจังหวัด **- หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการในจังหวัด**

ประเด็นคำถาม	หน่วยงาน
๔. การแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่ ๔.๑ กรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่มีการก่อสร้างแล้วเสร็จ และไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ จำนวน ๑๖ แห่ง ๔.๒ กรณีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการก่อสร้าง แต่ไม่สามารถดำเนินการก่อสร้างได้ จำนวน ๓ แห่ง	- ผู้อำนวยสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด ในฐานะกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัด - ท้องถิ่นจังหวัด - ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๕. ปัญหา ข้อจำกัดในการดำเนินการจัดการขยะและข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	- ผู้อำนวยสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด ในฐานะกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัด - ท้องถิ่นจังหวัด - ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - อุตสาหกรรมจังหวัด **- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด** - ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา (มัธยมศึกษา)

(๒) การสังเกตการณ์การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ ๑ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๐) ของจังหวัด (แนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด”) โครงการถ่ายโอนการสนับสนุนแผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่มีการก่อสร้างแล้วเสร็จ และไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ และสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการก่อสร้าง แต่ไม่สามารถดำเนินการก่อสร้างได้

๕) <u>การจัดทำรายงานผลการตรวจราชการแบบบูรณาการ</u>

(๑) การรายงานผลการตรวจราชการ

ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี จัดทำรายงานผลการตรวจราชการแบบบูรณาการรายเขต และนำขึ้นเผยแพร่สู่สาธารณชนผ่านทางเว็บไซต์ ดังนี้

<u>ครั้งที่ ๑</u> ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐

<u>ครั้งที่ ๒</u> ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

ผู้ตรวจราชการกระทรวง จัดทำรายงานในลักษณะภาพรวมโครงการ เสนอปลัดกระทรวง และส่งให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี จำนวน ๒ ครั้ง ดังนี้

<u>ครั้งที่ ๑</u> ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐

<u>ครั้งที่ ๒</u> ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

ทั้งนี้ กรณีที่ผู้ตรวจราชการตรวจพบประเด็นปัญหาสำคัญที่ควรมีการดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เห็นสมควรให้ผู้ตรวจราชการนำเสนอหัวหน้าส่วนราชการ เพื่อเสนอรัฐบาล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการต่อไป โดยไม่ต้องรอการรายงานผลตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ดังกล่าว

(๒) การรายงานผลการตรวจติดตามในลักษณะภาพรวมทั้งประเทศ

สำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี จะจัดทำรายงานผลการตรวจราชการแบบบูรณาการในลักษณะภาพรวมทั้งประเทศ โดยการประมวลรายงานผลการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวง และผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และนำเสนอขอความเห็นชอบจากนายกรัฐมนตรี หรือคณะรัฐมนตรี ตามที่เห็นสมควร ดังนี้

ครั้งที่ ๑ ดำเนินการจัดทำรายงานการตรวจราชการแบบบูรณาการ โดยประมวลปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการให้แล้วเสร็จ และนำเสนอนายกรัฐมนตรี ภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๐ และจัดทำรายงานผลการตรวจราชการแบบบูรณาการในรอบ ๖ เดือน (Semi – Annual Inspection Report : SAIR) ให้แล้วเสร็จต่อไป

ครั้งที่ ๒ ดำเนินการจัดทำรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (Annual Inspection Report : ๒๐๑๗) ให้แล้วเสร็จนำเสนอนายกรัฐมนตรี และ/หรือ คณะรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

๒. ประเด็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล (Hot Issue) : การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

๑. ความเป็นมา

๑.๑ สถานการณ์ความปลอดภัยบนท้องถนนเป็นปัญหาสำคัญระดับสากลที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องเผชิญ แนวโน้มของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเพิ่มสูงขึ้นมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกระบุว่า อุบัติเหตุทางถนนส่งให้มีผู้เสียชีวิตทั่วทั้งโลก เฉลี่ยวันละมากกว่า ๓ พันคน หรือเฉลี่ยปีละมากกว่า ๑.๓ ล้านคน มีผู้บาดเจ็บและพิการเพิ่มขึ้น เฉลี่ยปีละ ๒๐ – ๕๐ ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยปี พ.ศ. ๒๕๕๓ องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับให้ประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในอันดับสามของโลก รองจากประเทศนีอูเอ (เกาะที่ตั้งอยู่ในมหาสมุทรแปซิฟิกตอนใต้) และสาธารณรัฐโดมินิกัน โดยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ๓๘ รายต่ออัตราหนึ่งแสนประชากรโดยปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน มีอยู่ด้วยกัน ๔ ปัจจัย คือ พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนน สภาพรถสภาพถนนที่ชำรุด และสภาพแวดล้อมริมทางที่เป็นอุปสรรคต่อการขับขี่

๑.๒ องค์การสหประชาชาติได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกทุกประเทศยกระดับการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นวาระสำคัญแห่งชาติ โดยให้ดำเนินการภายในกรอบปฏิญญามอสโก ที่กำหนดให้เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยบนท้องถนน ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ และให้สมาชิกวางระบบที่เอื้อต่อความปลอดภัย พัฒนา ออกแบบระบบการขนส่งทางถนนให้มีความปลอดภัย และที่สำคัญต้องมีเจ้าภาพหลักในการรับผิดชอบเพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกัน

๑.๓ คณะรัฐมนตรี ในคราวประชุม เมื่อวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๓ ได้มีมติกำหนดให้ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road safety) และกำหนดให้เป็น “วาระแห่งชาติ”

๑.๔ นโยบายรัฐบาลด้านที่ ๕ การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน ข้อ ๕.๔ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในการจราจรอันนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยการร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ในการตรวจจับเพื่อป้องกัน การรายงาน และการดูแลผู้บาดเจ็บ

๑.๕ ศูนย์อำนวยความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยได้จัดทำแผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์ (Strategic Map) ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ (คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘) ประกอบด้วย ๔ แผนงานหลัก ได้แก่

๑.๕.๑ แผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลการติดตามประเมินผล การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลความก้าวหน้าในการดำเนินการตลอดทศวรรษความปลอดภัยทางถนน เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการทำงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

๑.๕.๒ แผนงานการพัฒนากฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย การพัฒนากฎหมาย เกณฑ์มาตรฐานตลอดจนข้อกำหนดต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทศวรรษความปลอดภัยทางถนน โดยเฉพาะการผลักดันกฎหมายที่จะสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริหารจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน รวมถึงการทบทวนและผลักดันให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้สอดคล้องกับขนาดและสภาพปัญหาเพื่อนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

๑.๕.๓ แผนงานการพัฒนาระบบและวัฒนธรรมความปลอดภัย การยกระดับคุณภาพถนนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งเรื่องการควบคุมความเร็ว จุดเสี่ยง จุดอันตราย การบำรุงรักษา และการปรับปรุงถนนที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงการรณรงค์เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอุบัติเหตุ สาเหตุ ความสูญเสีย และผลกระทบที่เกิดขึ้น อันจะนำไปสู่ทัศนคติที่ถูกต้อง และการมีสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งจะเป็นรากฐานที่สำคัญในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกันทั้งภาคนโยบาย ภาคการเมือง ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน

๑.๕.๔ แผนงานระบบสนับสนุนการทำงานตามเป้าหมาย การพัฒนาสมรรถนะการขับขี่ปลอดภัย การให้ความรู้เพื่อยกระดับสมรรถนะการทำงานของหน่วยปฏิบัติการด้านความปลอดภัยทางถนน การจัดตั้งกลไกด้านการวิจัยและพัฒนาเพื่อแสวงหามาตรการใหม่ในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การวิจัยเพื่อการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการยกระดับมาตรฐานคนทำงาน ยานพาหนะ และโครงสร้างถนน ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประกันภัยที่ทั่วถึง มีระบบการฟื้นฟูผู้ประสบเหตุให้กลับสู่สังคมได้อย่างปกติ

หน่วยงานที่รับผิดชอบและที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน ๔ แผนงานหลักดังกล่าวข้างต้น ประกอบด้วย กระทรวงคมนาคม (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและการจราจร/กรมทางหลวง/กรมทางหลวงชนบท/กรมการขนส่งทางบก) กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค/สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) กระทรวงมหาดไทย (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน)/กรมโยธาธิการและผังเมือง/กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

๑.๖ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ แนวทางการพัฒนาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ และให้ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนผ่านการสื่อสารสาธารณะที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมายให้มีการปรับพฤติกรรมที่จะลดการเกิดอุบัติเหตุทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ

๑.๗ นายกรัฐมนตรี ได้ฝากข้อห่วงใยและแนวทางการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระยะยาว ๔ ข้อ เมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๘เพื่อให้ประชาชนได้รับความปลอดภัยในการเดินทางและ

มีความสุขในช่วงเทศกาลปีใหม่ ๒๕๕๙ ประกอบด้วย (๑) การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระยะยาว ควรกำหนดให้มียุทธศาสตร์การดำเนินงานในระยะ ๒๐ ปี และกำหนดให้มีแผนการดำเนินงานเป็น ๔ ระยะ (ได้แก่ ระยะที่ ๑ ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๑ ระยะที่ ๒ ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๖ ระยะที่ ๓ ปี ๒๕๖๗ – ๒๕๗๑ และระยะที่ ๔ ปี ๒๕๗๒ – ๒๕๗๖) โดยเน้นให้มีการปรับปรุง พัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้อง และเพิ่มความเข้มข้นในการบังคับใช้กฎหมายอย่างต่อเนื่อง(๒) ผลักดันให้มีการติดตั้งเครื่องมือหรือนำเทคโนโลยีมาใช้ประกอบการจดทะเบียนรถใหม่ (๓) การปรับปรุง ซ่อมแซมสภาพถนนให้มีความปลอดภัย เช่น ติดตั้งไฟส่องสว่าง ปรับปรุงแก้ไขทางลาดชัน ทางเลี้ยว ทางโค้ง รวมทั้งติดตั้งป้ายเตือนบริเวณจุดเสี่ยง จุดอันตราย เป็นต้น (๔) ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายและความร่วมมือในการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนน รวมถึงการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล และการติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ

๑.๘ คณะรัฐมนตรีในคราวประชุม เมื่อวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๕๙ มีมติ

๑.๘.๑ เห็นชอบมติคณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ ตามที่ประธานกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติเสนอ ดังนี้

(๑) เห็นชอบข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขกฎหมายความปลอดภัยทางถนนจำนวน ๕ ประเด็น และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

(๑.๑) ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบที่รับผิดชอบในการแก้ไขกฎหมาย ๕ ประเด็น ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งดำเนินการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎกระทรวง ระเบียบ และข้อบังคับที่อยู่ในอำนาจหน้าที่เพื่อให้มีผลบังคับใช้ในช่วงเทศการปีใหม่ ๒๕๖๐โดยมีประเด็นการแก้ไขกฎหมาย ๕ ประเด็นประกอบด้วย

(๑.๑.๑) <u>เมาแล้วขับ</u> ได้แก่ กำหนดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ซึ่งมีอายุไม่ถึงยี่สิบปีบริบูรณ์ ผู้ไม่มีใบอนุญาตขับรถ และผู้มีใบอนุญาตขับรถชั่วคราว ให้ถือว่าเมาสุราและเพิ่มอัตราโทษสำหรับผู้กระทำความผิดกรณีเมาสุราแล้วขับให้สูงขึ้น กำหนดแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด เมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินคดีกรณีเมาแล้วขับ จัดทำระบบฐานข้อมูลประวัติผู้กระทำผิด

(๑.๑.๒) <u>ขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด</u> ได้แก่ ลดความเร็วในเขตเมืองให้เหมาะสม และเพิ่มอัตราโทษสำหรับผู้กระทำความผิดให้สูงขึ้น

(๑.๑.๓) <u>การได้มาซึ่งใบอนุญาตขับรถ</u> ได้แก่ เพิ่มความเข้มงวดในการออกใบอนุญาตขับรถ “ออกยาก ยึดง่าย” เพิกถอนใบอนุญาตขับรถให้ครอบคลุมการขับรถส่วนบุคคล เพิ่มอัตราโทษให้สูงขึ้นและเพิ่มบทกำหนดโทษ สำหรับผู้ขับรถโดยไม่ได้รับอนุญาตขับรถ เจ้าของรถ หรือคนขับรถยินยอมให้ผู้ซึ่งไม่มีใบอนุญาตขับรถหรือใบอนุญาตขับรถประเภทอื่นที่ใช้แทนกันไม่ได้เข้าขับรถของตนหรือรถที่ตนเป็นคนขับ

(๑.๑.๔) <u>รถโดยสารสาธารณะ</u> ได้แก่ การกำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติมในการขอรับใบอนุญาตประกอบการขนส่ง เพื่อสร้างมาตรฐานความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะ ปรับปรุงระบบการเยียวยาเพื่อคุ้มครองและให้ความเป็นธรรมกับผู้ที่ได้รับผลกระทบ

(๑.๑.๕) <u>การคาดเข็มขัดนิรภัย</u> ได้แก่ ให้มีข้อกำหนดการคาดเข็มขัดนิรภัยสำหรับผู้โดยสารทุกที่นั่งในรถยนต์

(๑.๒) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำมติที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนตามอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน โดยให้ความสำคัญในการบังคับใช้กฎหมายอย่างแท้จริงจังและต่อเนื่อง

(๑.๓) ให้กระทรวงมหาดไทยสั่งการให้ผู้ว่าราชการจังหวัดดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน โดยนำนโยบายประชารัฐมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

(๑.๔) ให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ร่วมกันรณรงค์และประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างจิตสำนึกด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างเข้มข้น จริงจัง ให้เกิดความตระหนักและเกิดเป็นวัฒนธรรมการใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัยโดยเร่งด่วน

(๒) เห็นชอบในหลักการให้จัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๓ และให้ใช้แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙ เป็นแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปพลางก่อน จนกว่าแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๓ จะแล้วเสร็จ ทั้งนี้ ให้พิจารณาปรับกรอบระยะเวลาการดำเนินการจัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๖๐- ๒๕๖๓ ให้มีระยะเวลาสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ด้วย

๑.๘.๒ ในการจัดหาเครื่องมือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายในการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ให้กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติดำเนินการตามความเห็นของสำนักงบประมาณ

๑.๘.๓ ให้คณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับความเห็นของสำนักงบประมาณและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติไปพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

๑.๙ กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอให้มีการตรวจราชการแบบบูรณาการ ประเด็นการลดอุบัติเหตุทางถนน เป็นวาระเร่งด่วนเนื่องจาก ตามที่องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย เป็นอันดับ ๒ ของโลก โดย ประมาณ ๓๗.๗๑ ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตายในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา (ปี ๒๕๔๘ – ๒๕๕๗) และพบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้นอีกในปี ๒๕๕๘ และปี ๒๕๕๙ จึงได้เล็งเห็นความสำคัญ กำหนดเป็นนโยบายและเป็นวาระของกระทรวงสาธารณสุข และจากการตรวจราชการกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๑ ปี ๒๕๕๙ พบว่ามีประเด็นข้อค้นพบที่การดำเนินการเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน ต้องมีการบูรณาการร่วมกับกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหลายประการ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาการลดอุบัติเหตุทางถนน มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม จึงเห็นควรให้มีการตรวจราชการแบบบูรณาการ ในประเด็นการลดอุบัติเหตุทางถนน เป็นวาระเร่งด่วน

๒. เป้าหมายในการตรวจติดตาม

เพื่อติดตาม กระตุ้น เร่งรัดการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายตามนโยบายของรัฐบาล และทศวรรษแห่งความปลอดภัยบนท้องถนน ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ ขององค์การสหประชาชาติ และแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนฯ เพื่อลดความสูญเสียอันเกิดจากอุบัติเหตุทางถนน

๓. วัตถุประสงค์

๓.๑ เพื่อติดตามผลการดำเนินการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัด และกรุงเทพมหานคร

๓.๒ เพื่อติดตามผลการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นไปตามข้อห่วงใยของนายกรัฐมนตรี และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน (วันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๕๙) แผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์ (Strategic Map) ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ และแผนแม่บทแผนบทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙ (และ/หรือ แผนแม่บท ความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๓ (กรณีประกาศใช้)) ของจังหวัด และกรุงเทพมหานคร

๓.๓ เพื่อติดตามผลความก้าวหน้า และความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ของจังหวัดและกรุงเทพมหานคร

๓.๔ เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ให้สามารถลดความสูญเสียอันเกิดจากอุบัติเหตุทางถนน

๔. จุดเน้นในการตรวจติดตาม

๔.๑ เน้นการติดตามสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน

๔.๑.๑ สถานการณ์ในสภาวะปกติ

๔.๑.๒ สถานการณ์ในช่วงเทศกาล

๔.๒ เน้นการติดตามปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ

ประเด็น	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
(๑) พฤติกรรมของผู้ใช้รถใช้ถนน - การจดทะเบียนและการขอใบอนุญาตขับรถ - การป้องปรามการเมาแล้วขับ/ง่วง	- กระทรวงคมนาคม - สำนักงานตำรวจแห่งชาติ - กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงมหาดไทย **- กระทรวงสาธารณสุข** - กระทรวงการคลัง - กระทรวงวัฒนธรรม
(๒) สภาพรถ	
(๓) สภาพถนน	
(๔) สภาพแวดล้อมและทัศนวิสัย	
(๕) การบังคับใช้กฎหมาย	

๔.๓ เน้นการตรวจติดตามความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตามประเด็นข้อ ๔.๒ ทั้งช่วงเทศกาลและตลอดปี

๕. ระยะเวลาการตรวจติดตามเห็นควรตรวจติดตาม ๒ ครั้ง ดังนี้

- <u>ครั้งที่ ๑</u> รอบที่ ๒ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม ๒๕๖๐
- <u>ครั้งที่ ๒</u> รอบที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม ๒๕๖๑

๖. ประเด็นการตรวจติดตาม

ครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รอบที่ ๒	**ครั้งที่ ๒** ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ รอบที่ ๑
๖.๑ สถานการณ์และสถิติการอุบัติเหตุทางถนนตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ – ปัจจุบัน (เปรียบเทียบระหว่างช่วงเทศกาล กับตลอดปี) ๖.๒ ผลการดำเนินงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิด	๖.๑ การดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ ๖.๒ ผลความก้าวในภาพรวมในการขับเคลื่อน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน ๖.๓ ผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามข้อห่วงใย

ครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รอบที่ ๒	ครั้งที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ รอบที่ ๑
อุบัติเหตุทางถนน ๖.๓ ผลการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ให้เป็นไปตามข้อห่วงใยของนายกรัฐมนตรี และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน (วันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๕๙) แผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์ (Strategic Map) ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ และแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนฯ ๖.๔ ผลการร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ๖.๕ ปัญหา ข้อจำกัดในการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	ของนายกรัฐมนตรี และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนฯ ๖.๔ ผลก้าวหน้าของภาคส่วนต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ๖.๕ ปัญหา ข้อจำกัดในการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

๗. ขอบเขตในการตรวจติดตาม

๗.๑ <u>พื้นที่ในการตรวจติดตาม</u>

ควรตรวจติดตามทุกจังหวัดทั่วประเทศ และกรุงเทพมหานคร สำหรับพื้นที่ที่จะไปตรวจเยี่ยมสังเกตการณ์ ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของคณะผู้ตรวจราชการ

๗.๒ <u>การตรวจติดตาม</u>

ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีและผู้ตรวจราชการกระทรวงตรวจติดตามร่วมกัน โดยตรวจติดตามร่วมกันในพื้นที่ เพื่อติดตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนข้อห่วงใยของนายกรัฐมนตรี แผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์ (Strategic Map) ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน แผนแม่บทแผนบทความปลอดภัยทางถนนฯ

๗.๓ <u>วิธีการตรวจติดตาม</u>

เห็นควรตรวจติดตามโดยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

(๑) รับฟังรายงานและสอบถามข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานอื่นๆ ตามดุลพินิจของผู้ตรวจราชการ ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สามารถสอบถามข้อมูล มีดังนี้

ประเด็นคำถาม	หน่วยงานผู้ให้ข้อมูล
(๑.๑) <u>สถานการณ์และสถิติการอุบัติเหตุทางถนน</u> ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ – ปัจจุบัน (เปรียบเทียบระหว่างช่วงเทศกาล กับตลอดปี) (๑.๑.๑) ผู้เสียชีวิต/บาดเจ็บ (๑.๑.๒) คนใช้รถใช้ถนนที่เกิดอุบัติเหตุ (คนเดินเท้า/ผู้ใช้ยานพาหนะ (จักรยานยนต์/รถยนต์/รถกระบะ/รถตู้/รถโดยสาร/รถบรรทุก ฯลฯ)) (๑.๑.๓) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติทางถนน เช่น พฤติกรรมบุคคล	- สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด **- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด** - ตำรวจภูธรจังหวัด - สำนักงานขนส่งจังหวัด - หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นคำถาม	หน่วยงานผู้ให้ข้อมูล
(ง่วงเมา โทรแล้วขับ ขับรถโดยประมาท ขับรถเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ขับรถย้อนศร) สภาพรถไม่เหมาะสม ถนนชำรุด หรือออกแบบไม่เหมาะสม สภาพแวดล้อมข้างทางที่บดบังทัศนวิสัยการขับขี่ เป็นต้น)	
(๑.๒) ข้อมูลด้านคมนาคมขนส่ง (๑.๒.๑) สถิติการจดทะเบียนรถ (๑.๒.๒) สถิติการขอใบอนุญาตขับรถ (๑.๒.๓) ถนน/เส้นทางภายในจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ (ประเภท ระยะทาง และจำนวนจุดเสี่ยง)	- สำนักงานขนส่งจังหวัด - สำนักงานทางหลวง / แขวงทางหลวงจังหวัด - แขวงทางหลวงชนบทจังหวัด - สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
(๑.๓) การป้องปรามการเมาแล้วขับ (๑.๓.๑) สถิติการขอใบอนุญาตขายสุราจำหน่ายแต่ละประเภท ของสถานบริการ หรือสถานประกอบการการปฏิบัติตามระเบียบกรมสรรพสามิต ว่าด้วยการปฏิบัติงานออกใบอนุญาตขายสุรา พ.ศ. ๒๕๕๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (๑.๓.๒) ผลการติดตาม กำกับ ควบคุมสถานบริการ หรือสถานประกอบการในการปฏิบัติตามระเบียบกรมสรรพสามิตฯ	- สำนักงานสรรพสามิตจังหวัด
(๑.๔) การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ทั้งช่วงเทศกาลและตลอดปี (๑.๔.๑) การบังคับใช้กฎหมายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (๑.๔.๒) ความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในเชิงระบบ เพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	- สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด - สำนักงานตำรวจภูธรจังหวัด - สำนักงานขนส่งจังหวัด - สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด - สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด - สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด **- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด** - หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
(๑.๕) ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
(๑.๖) ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๒) การสังเกตการณ์แนวทางการดำเนินป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัด และกรุงเทพมหานคร

๗.๔ <u>การจัดทำรายงานผลการตรวจราชการแบบบูรณาการ</u>

๗.๔.๑ การรายงานผลการตรวจราชการ

ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี จัดทำรายงานผลการตรวจราชการแบบบูรณาการรายเขต และนำขึ้นเผยแพร่สู่สาธารณชนผ่านทางเว็บไซต์ ดังนี้

ครั้งที่ ๑ ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

ครั้งที่ ๒ ภายในวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑

ผู้ตรวจราชการกระทรวง จัดทำรายงานในลักษณะภาพรวมโครงการ เสนอปลัดกระทรวง และส่งให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี จำนวน ๒ ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ ๑ ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

ครั้งที่ ๒ ภายในวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑

ทั้งนี้ กรณีที่ผู้ตรวจราชการตรวจพบประเด็นปัญหาสำคัญที่ควรมีการดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เห็นสมควรให้ผู้ตรวจราชการนำเสนอหัวหน้าส่วนราชการ เพื่อเสนอรัฐบาล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการต่อไป โดยไม่ต้องรอการรายงานผลตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ดังกล่าว

๗.๔.๒ การรายงานผลการตรวจติดตามในลักษณะภาพรวมทั้งประเทศ

สำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี จะจัดทำรายงานผลการตรวจราชการแบบบูรณาการในลักษณะภาพรวมทั้งประเทศ โดยการประมวลรายงานผลการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวงและผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และนำเสนอขอความเห็นชอบจากนายกรัฐมนตรี ตามที่เห็นสมควร ดังนี้

ครั้งที่ ๑ จัดทำรายงานภาพรวมผลการตรวจราชการโดยประมวลปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการให้แล้วเสร็จ และนำเสนอนายกรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

ครั้งที่ ๒ จัดทำรายงานภาพรวมผลการตรวจราชการให้แล้วเสร็จนำเสนอนายกรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑



คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี
ที่ ๒๐๔/๒๕๕๙
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนและขับเคลื่อนการตรวจราชการแบบบูรณาการ
ของผู้ตรวจราชการ

ด้วยการตรวจราชการ เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดินที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย อีกทั้งยังเป็นกลไกสำคัญที่สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ อันเกิดจากการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจต่าง ๆ ของภาครัฐ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน และโดยที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๘ วรรคสี่ กำหนดให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ร่วมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจราชการ จัดทำแผนการตรวจราชการประจำปีของผู้ตรวจราชการ ภายในเดือนกันยายนของทุกปี ดังนั้น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี จึงได้จัดประชุมปรึกษาหารือเพื่อจัดทำแผนการตรวจราชการประจำปีของผู้ตรวจราชการ เมื่อวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๙ และที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนและขับเคลื่อนการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการ เพื่อพิจารณากำหนดแนวทางและวิธีการตรวจราชการภายใต้ประเด็นนโยบายสำคัญ (Issue) สำหรับบรรจุไว้ในแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการ และพิจารณากำหนดกรอบแนวทางในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลภูมิสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการ รวมถึงพิจารณากลั่นกรองข้อสังเกตข้อเสนอแนะ และรายงานผลการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการ

ดังนั้น เพื่อให้การตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ มีกรอบประเด็นนโยบายสำคัญในการตรวจราชการแบบบูรณาการ มีเครื่องมือในการบูรณาการข้อมูลสำหรับจัดทำแผนการตรวจราชการ การจัดทำข้อมูล การติดตามประเมินผล โดยใช้ภูมิสารสนเทศสนับสนุนการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการอย่างต่อเนื่อง และเพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้การตรวจราชการเป็นกลไกสำคัญของการบริหารราชการแผ่นดิน ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจ จึงแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนและขับเคลื่อนการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการ โดยมีองค์ประกอบและหน้าที่ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑	ผู้ตรวจราชการพิเศษประจำสำนักนายกรัฐมนตรี (นักบริหารระดับสูง)	ที่ปรึกษา
๑.๒	หัวหน้าผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี	ประธานคณะทำงาน
๑.๓	ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีมอบหมาย จำนวน ๒ ท่าน	รองประธานคณะทำงาน
๑.๔	ผู้ตรวจราชการกระทรวง ที่ได้รับมอบหมาย	คณะทำงาน
๑.๕	ผู้ตรวจราชการกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับมอบหมาย	คณะทำงาน
๑.๖	ผู้แทนสำนักงานจเรตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	คณะทำงาน

/๑.๗ ผู้แทน..

๑.๗	ผู้แทนสำนักงบประมาณ	คณะทำงาน
๑.๘	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	คณะทำงาน
๑.๙	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ	คณะทำงาน
๑.๑๐	ผู้แทนสำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน)	คณะทำงาน
๑.๑๑	ผู้แทนสำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน)	คณะทำงาน
๑.๑๒	ผู้แทนสำนักงานสถิติแห่งชาติ	คณะทำงาน
๑.๑๓	ผู้อำนวยการสำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี	คณะทำงาน และเลขานุการร่วม
๑.๑๔	ผู้เชี่ยวชาญด้านติดตามการปฏิบัติราชการในพื้นที่ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี	คณะทำงาน และเลขานุการร่วม
๑.๑๕	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการตรวจราชการ สำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๖	ผู้อำนวยการส่วนแผนและข้อมูลการตรวจราชการ สำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

๒. อำนาจหน้าที่

๒.๑ รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ของกระทรวงต่าง ๆ ภายใต้ประเด็นนโยบายสำคัญ (issue) และพิจารณากำหนดแนวทางและวิธีการตรวจราชการ กรอบประเด็นการตรวจติดตาม เครื่องมือในการตรวจติดตาม รูปแบบรายงานของการตรวจราชการแบบบูรณาการ แนวทางการพัฒนาระบบภูมิสารสนเทศสนับสนุนการตรวจราชการ พร้อมทั้งจัดทำแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการ

๒.๒ ดำเนินการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ และภูมิสารสนเทศ เพื่อให้ผู้ตรวจราชการสำหรับใช้ประกอบในการวิเคราะห์ วางแผนในการลงพื้นที่ ตรวจติดตาม วิเคราะห์ผลการตรวจติดตามและการให้ข้อเสนอแนะ

๒.๓ รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และพิจารณากลั่นกรองข้อสังเกตหรือข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ และจัดทำรายงานภาพรวมผลการตรวจราชการแบบบูรณาการ เพื่อนำกราบเรียนนายกรัฐมนตรีพิจารณา

๒.๔ เชิญผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แจงข้อมูลและข้อเท็จจริงตลอดจนจัดส่งข้อมูลหรือเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา

๒.๕ ดำเนินการในเรื่องอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

สำเนาถูกต้อง

(นางประสานสุข ทรัพย์เอกชัย)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

(หม่อมหลวงปนัดดา ดิศกุล)
รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี



คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี

ที่ ๒๖๔/๒๕๕๙

เรื่อง การตรวจราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี

เพื่อให้การตรวจราชการของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีร่วมกับผู้ตรวจราชการกระทรวงทุกกระทรวงเป็นมาตรการสำคัญในการบริหารราชการแผ่นดินที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐบรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) นโยบายของรัฐบาล วิสัยทัศน์ประเทศไทย ๒๐๑๕ – ๒๐๒๐ ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ และแผนงานบูรณาการงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคเร่งด่วนของประเทศ และก่อให้เกิดประโยชน์สุขกับประชาชนด้วยความโปร่งใส เป็นธรรม ประหยัดและมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และเป็นการดำเนินการในฐานะผู้สอดส่องดูแลแทนคณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๙) ของพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ประกอบกับข้อ ๘ และ ข้อ ๙ ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ จึงมีคำสั่งมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีร่วมกับผู้ตรวจราชการกระทรวง ดำเนินการตรวจราชการตามคำสั่ง ดังนี้

๑. การตรวจราชการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๘ ให้ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีร่วมกับผู้ตรวจราชการกระทรวงหรือผู้ตรวจราชการกรมที่ได้รับมอบหมาย ตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาล ดังนี้

๑.๑ การตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue) ได้แก่ ประเด็นนโยบายการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม และประเด็นนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากและชุมชนเข้มแข็ง

๑.๒ การตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญเร่งด่วน เรื่อง การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

ให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ประมวลรายงานผลการตรวจติดตามในแผนการตรวจราชการในแต่ละรอบ เพื่อรายงานนายกรัฐมนตรีทราบตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการตรวจราชการฯ และให้จัดทำรายงานผลการตรวจราชการแบบบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รายงานคณะรัฐมนตรีทราบและเผยแพร่ต่อสาธารณชนต่อไป

/กรณีที่ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี...

กรณีที่ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้ตรวจราชการกระทรวงหรือผู้ตรวจราชการกรมที่ได้รับมอบหมาย พบประเด็นปัญหาสำคัญและจะต้องแก้ไขปัญหาโดยเร่งด่วน ซึ่งอยู่นอกเหนืออำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ ให้ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีนำเสนอปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีพิจารณาแจ้งหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและรายงานนายกรัฐมนตรี โดยไม่ต้องรอการรายงานผลตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการตรวจราชการ

๒. การตรวจราชการตามมาตรา ๓๔ แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีร่วมกับผู้ตรวจราชการกระทรวงมหาดไทย ตรวจติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัด แผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัดและกลุ่มจังหวัด และการบริหารงบประมาณจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๓. การตรวจติดตามของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีในการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อน/ข้อร้องเรียนของประชาชนอันเนื่องมาจากการเกิดภัยพิบัติ หรือกรณีอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๔. การตรวจติดตามงานอื่น ๆ ตามที่คณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี หรือปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี มอบหมาย

การตรวจราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีร่วมกับผู้ตรวจราชการกระทรวง ให้กระทรวง กรม หน่วยงานอื่นของรัฐ และจังหวัด อำนวยความสะดวก ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือ โดยการเตรียมบุคคล เอกสารและข้อมูลต่าง ๆ ประกอบการตรวจราชการ เพื่อให้ผลการตรวจราชการมีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสะดวกแก่การวินิจฉัยสั่งการของผู้บังคับบัญชาระดับสูงต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙

พลเอก

(ประยุทธ์ จันทร์โอชา)
นายกรัฐมนตรี

ประเด็นที่ ๑ : ประเด็นนโยบายรัฐบาล (Issue) : การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการภายใต้งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๕ กระทรวง ๑๙ หน่วยงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประเทศมีการบริหารจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และเอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยส่งเสริมการลดการเกิดขยะมูลฝอยที่ต้นทางและการนำไปใช้ประโยชน์ เพิ่มศักยภาพการจัดเก็บ ขนส่ง การกำจัดขยะมูลฝอยที่ตกค้างและที่เกิดขึ้นใหม่ ของเสียอันตราย ขยะติดเชื้อ เพิ่มศักยภาพการจัดการกากอุตสาหกรรมและอิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งพัฒนากฎระเบียบ มาตรการ และแนวทางการปฏิบัติและบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด ตลอดจนควบคุมมลพิษในพื้นที่เขตควบคุมมลพิษ และในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

๑.๑ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และผู้สัมผัสขยะ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

แผนงาน : บูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

กิจกรรม : สนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และผู้สัมผัสขยะ

๑. หลักการและเหตุผล

ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาจากหลากหลายสาเหตุ ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์ เช่น มลพิษทางอากาศที่ก่อให้เกิดฝุ่นละอองขนาดเล็ก ฝุ่นซิลิกา สารอินทรีย์ระเหยง่าย ก๊าซต่างๆ เช่น ซัลเฟอร์อ็อกไซด์ คาร์บอนมอนอ็อกไซด์ รวมทั้งโลหะหนักและสารเคมีต่างๆ ที่ก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้างและต่อเนื่อง เช่น ปัญหามลพิษทางอากาศจากหมอกควันภาคเหนือและภาคใต้ นอกจากนี้ยังเกิดจากกิจการพลังงานต่างๆ เช่น โรงไฟฟ้าถ่านหิน โรงไฟฟ้าชีวมวล เป็นต้น หรือสารอินทรีย์ระเหยง่ายในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดหรือมลพิษที่เกิดจากขยะ ทั้งขยะอิเล็คทรอนิกส์ และขยะทั่วไปที่กำจัดไม่ถูกหลักสุขาภิบาล ต่างๆ เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นผลกระทบแบบเรื้อรัง ประเด็นที่โรคและผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมมีความยากและแตกต่างจากโรคอื่นๆ คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้น อาจไม่มีการแสดงอาการป่วยที่เห็นได้ชัดเจนแต่อาจส่งผลกระทบตต่อระดับสติปัญญาและพัฒนาการของเด็ก เช่น การสัมผัสมลพิษประเภทโลหะหนักต่างๆ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนมาได้ หรือการสัมผัสมลพิษประเภทสารก่อมะเร็งในปริมาณต่ำ หรือมลพิษทางอากาศทั้งประเภทที่เป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กหรือก๊าซต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ อาจใช้ระยะเวลานานในการก่อให้เกิดโรค ดังนั้น การดำเนินการในการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เพื่อป้องกันการสัมผัสเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด

กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานเครือข่าย จึงได้ดำเนินกิจกรรมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ในงานการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพคนทำงานและประชาชนที่สัมผัสขยะ ปี ๒๕๕๙ ได้เริ่มดำเนินการในพื้นที่ขยะอิเล็คทรอนิกส์และในจังหวัดที่มีขยะทั่วไปสะสมสูงสุดของประเทศในพื้นที่ ๘ จังหวัด ซึ่งในปี ๒๕๖๐ จะขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมประชาชนที่มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นในทุกพื้นที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวมเป็น ๒๐ จังหวัด รวมทั้งต้องพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลโรคและผลกระทบต่อสุขภาพ และการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วย

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาการเฝ้าระวังด้านสุขภาพ และรักษา ฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนและผู้ทำงานสัมผัสขยะและมลพิษสิ่งแวดล้อม

๒. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

๓. เพื่อพัฒนาหน่วยงานเครือข่ายให้มีระบบข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

๔. เพื่อพัฒนากลไก องค์ความรู้ ศักยภาพเครือข่ายการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

๕. เพื่อพัฒนาภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

๖. เพื่อสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนให้เป็นไปตามมาตรฐาน

๓. ผลผลิตของโครงการ

ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ ๓๐)

๔. ตัวชี้วัดตามเล่มขาวคาดแดง

กลุ่มเป้าหมายมีการเฝ้าระวัง ป้องกันด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและประชาชนที่สัมผัสขยะ ๒๐ จังหวัด

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

๑. จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไปอย่างน้อย ๔๖ จังหวัด

๒. ร้อยละของ รพศ./รพท. สามารถจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ ๕๐)

๓. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพัฒนาระบบในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย ๑๒ แห่ง

๖. ตัวชี้วัดตามพระราชบัญญัติงบประมาณ

เชิงปริมาณ : จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกันด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ และประชาชนที่สัมผัสขยะ ๗,๐๐๐ คน

เชิงคุณภาพ : ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อการเฝ้าระวัง ป้องกันด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและประชาชนที่สัมผัสขยะ ร้อยละ ๘๐

เชิงเวลา : ร้อยละของโครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสขยะ แล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด ร้อยละ ๙๐

โครงการย่อยที่ ๑ การประชุมราชการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสขยะ (๒๗๕,๑๐๐ บาท)

<u>กิจกรรมที่ ๑</u> พัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

๑.๑ การประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม และการจัดการปัญหาด้านสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (๑๖,๙๐๐ บาท) จำนวน ๑๐ คน : นักวิชาการของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ นักวิชาการจาก สคร./ สสจ./ สสอ. นักวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง (หน่วยงานอื่นๆ) ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้แทนภาคประชาชน/ประชาชนที่เกี่ยวข้อง

๑.๒ การประชุมพัฒนาเกณฑ์การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (๔๖,๒๐๐ บาท) จำนวน ๑๕ คน : นักวิชาการของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ นักวิชาการจาก สคร./ สสจ./ สสอ. นักวิชาการ จากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง (หน่วยงานอื่นๆ) ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนภาคประชาชน/ประชาชนที่เกี่ยวข้อง

๑.๓ **การประชุมพัฒนาเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (๔๐,๐๐๐ บาท)** จำนวน ๑๓ คน : นักวิชาการของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ นักวิชาการจาก สคร./ สสจ./ สสอ. นักวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง (หน่วยงานอื่นๆ) ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนภาคประชาชน/ประชาชนที่เกี่ยวข้อง

<u>กิจกรรมที่ ๒</u> พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

๒.๑ การประชุมพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (๔๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๑๓ คน : นักวิชาการของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ นักวิชาการจาก สคร./ สสจ./ สสอ. นักวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง (หน่วยงานอื่นๆ) ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนภาคประชาชน/ประชาชนที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ การประชุมพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมพัฒนาทีม Auditor การตรวจประเมินการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (๔๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๑๓ คน : นักวิชาการของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯนักวิชาการจาก สคร./ สสจ./ สสอ. นักวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง (หน่วยงานอื่นๆ) ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนภาคประชาชน/ประชาชนที่เกี่ยวข้อง

<u>กิจกรรมที่ ๓</u> การประชุมเพื่อพัฒนามาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการสาธารณสุข (๑๘,๐๐๐ บาท) : คณะทำงานพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการ จำนวน ๒๐ คน

<u>กิจกรรมที่ ๔</u> การประชุมเพื่อพัฒนากลไกเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (๖๔,๐๐๐ บาท) จำนวน ๒๕ คน : นักวิชาการจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม นักวิชาการจากสำนักระบาดวิทยา นักวิชาการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ นักวิชาการ จากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการจากมหาวิทยาลัย

<u>กิจกรรมที่ ๕</u> การประชุมเพื่อพัฒนาการดำเนินงานระบบข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (๑๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๖๐ คน : คณะทำงานระบบข้อมูลสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล ฐานข้อมูล สถิติ เวชระเบียน ระบาดวิทยา และงานคอมพิวเตอร์เทคโนโลยีและสารสนเทศโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานภายนอก

โครงการย่อยที่ ๒ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสขยะ (๘,๘๐๖,๗๐๐ บาท)

<u>กิจกรรมที่ ๑</u> การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสขยะ

๑.๑ การประชุมเพื่อพัฒนาการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ (๒,๒๕๔,๑๐๐ บาท) จำนวน ๖๐ คน : ผู้บริหาร/วิทยากร/ผู้จัดการประชุม สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรค นักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

๑.๒ การประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนและผู้ประกอบอาชีพสัมผัสขยะ (๔๖๓,๐๐๐ บาท) จำนวน ๑๐๐ คน : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ/ส่วนกลาง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ สถาบันป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๓ การประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลสุขภาพประชาชนพื้นที่รอบเหมืองทองคำ (๔๖๓,๐๐๐ บาท) จำนวน ๘๐ คน : สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๒ และ ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ พยาบาล/นักวิชาการ ที่ปฏิบัติงานด้านการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ/รพท. รพช. และ รพ.สต.

๑.๔ **การประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (๓๐๐,๐๐๐ บาท)** จำนวน ๙๐ คน : ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมและ/หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ๑-๑๒ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ผู้บริหารระดับสูงในกรมควบคุมโรค นักวิชาการจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม วิทยากร ผู้จัดการอบรม และผู้สังเกตการณ์

๑.๕ การประชุมเพื่อพัฒนาเครือข่ายหลักสูตรพื้นฐานด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (๓๐๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๕๐ คน : ผู้บริหารสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม นักวิชาการใหม่ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ ผู้รับผิดชอบงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมและ/หรือผู้รับผิดชอบงานตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานจากสำนักงานควบคุมป้องกันโรค ๑-๑๒ และ สป.คม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ วิทยากร คณะทำงาน

๑.๖ การประชุมเพื่อจัดทำหลักสูตรการสอบสวนโรคด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (๑๖๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๒๐ คน : คณะทำงานจัดทำหลักสูตร และนักวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๗ การประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยตามมาตรฐานใน รพช. (๑,๒๐๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๓๐๐ คน : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

๑.๘ การประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม (๖๐๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๗๐ คน : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรค โรงพยาบาลแม่ข่าย และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๑.๙ การประชุมเพื่อพัฒนาทีม Auditor สำหรับการตรวจประเมินการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (๔๖๓,๐๐๐ บาท) จำนวน ๗๐ คน : ผู้บริหาร วิทยากร และเจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรค และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม วิทยากร และเจ้าหน้าที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โรงพยาบาล

๑.๑๐ การอบรมพยาบาลอาชีวอนามัยระยะสั้น (๖๐ ชั่วโมง) (๔๐๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๕๕ คน : พยาบาลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิทยากร ผู้จัดการประชุมและผู้สังเกตการณ์ประชุม

๑.๑๑ การประชุมเพื่อพัฒนาแพทย์ด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (๕๐๐,๐๐๐ บาท)

๑) การประชุมเพื่อพัฒนาแพทย์ด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (๕๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๖ คน : แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และอื่นๆ ผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์มหาวิทยาลัย ฯลฯ

๒) การประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนหลักสูตรพัฒนาแพทย์ด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (๑๐๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๑๕ คน : แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และอื่นๆ ผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์มหาวิทยาลัย ฯลฯ

๓) การอบรมการจัดการอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมพื้นฐาน สำหรับแพทย์รุ่นที่ ๒ ปี ๒๕๖๐ (หลักสูตร ๔ วัน) (๑๕๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๕๔ คน : แพทย์ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม ๑๒ โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ๑๐ จังหวัด ๑๒ โรงพยาบาล โรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคจากการทำงาน และแพทย์ในสังกัดกรมควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แพทย์ทั่วไปในหน่วยงานรัฐบาลที่สนใจ วิทยากร บุคลากร และคณะทำงาน คณะทำงานและผู้จัดการประชุม สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ

๔) การอบรมหลักสูตรการบริหารจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม รุ่นที่ ๑ ปี ๒๕๖๐ (หลักสูตร ๕ วัน) (๒๐๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๓๖ คน : วิทยากร แพทย์ และคณะทำงาน

๑.๑๒ การประชุมเพื่อพัฒนาหน่วยบริการภาคเอกชนให้ดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย (๓๐๓,๖๐๐ บาท)

๑) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแนวทางการควบคุมคุณภาพการจัดบริการอาชีว-อนามัยของหน่วยบริการภาคเอกชน (๕๕,๓๐๐ บาท) จำนวน ๒๔๐ คน : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรค หน่วยบริการภาคเอกชนในเขตกรุงเทพและปริมณฑลและส่วนภูมิภาค

๒) การประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีว-อนามัย (๒๔๘,๓๐๐ บาท) จำนวน ๑๒๐ คน : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรค หน่วยบริการภาคเอกชนในเขตกรุงเทพและปริมณฑลและส่วนภูมิภาค

๑.๑๓ การประชุมเพื่อถ่ายทอดแนวทางพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (๔๕๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๖๐ คน : แพทย์และพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ เจ้าหน้าที่สถิติ เวชระเบียน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

<u>กิจกรรมที่ ๒</u> การประชุมเพื่อพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (๗๐๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๑๐๐ คน : ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค สคร. ๗ แห่ง (๑, ๒, ๕, ๖, ๘, ๑๐, ๑๑), สสจ. ๑๐ จังหวัด (ตาก, สระแก้ว, ตราด, มุกดาหาร, สงขลา, กาญจนบุรี, เชียงราย, หนองคาย, นครพนม, นราธิวาส) รพศ./รพท./รพช., รพ.สต., หน่วยบริการสธ. ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงแรงงาน กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ และภาคเอกชนในพื้นที่จังหวัดเศรษฐกิจพิเศษ

<u>กิจกรรมที่ ๓</u> การประชุมรับรองผลการประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และประเมินความเสี่ยงการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลระดับ ๕ และ ๕ ต่อเนื่อง (๒๐๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๓๐๐ คน : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

<u>กิจกรรมที่ ๔</u> การประชุมเพื่อพัฒนาระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (๕๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๑๐ คน : ผู้บริหารและนักวิชาการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม วิทยากร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (คณะทำงานพัฒนาโปรแกรมคลังข้อมูลฯ)

โครงการย่อยที่ ๓ การสนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสขยะ (๔,๓๒๔,๙๐๐ บาท)

<u>กิจกรรมที่ ๑</u> การจัดทำคู่มือ แนวทาง องค์ความรู้ในการดำเนินงานกับหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่และประชาชน (๔๐๐,๐๐๐ บาท) : โปสเตอร์ ๑,๐๐๐ แผ่น เล่มคู่มือ/แนวทาง ๑,๐๐๐ เล่ม

<u>กิจกรรมที่ ๒</u> การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางห้องปฏิบัติการและการวิเคราะห์ตัวอย่างทางสิ่งแวดล้อมและชีวภาพ (๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท)

๒.๑ การพัฒนาเทคโนโลยีหรือวิธีการตรวจวิเคราะห์สารพิษชนิดใหม่ จำนวน ๓ เรื่อง (๖๐๐,๐๐๐ บาท)

๒.๒ การประชุมราชการเพื่อรองรับการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน ISO/IEC ๑๗๐๒๕ : ๒๐๐๕ (๒๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๓๐ คน : ผู้บริหาร นักวิชาการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม นักวิจัย และเจ้าหน้าที่ศูนย์อ้างอิงทางห้องปฏิบัติการและพิษวิทยา

๒.๓ การตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน ISO/IEC ๑๗๐๒๕ : ๒๐๐๕ (๘๐,๐๐๐ บาท)

๒.๔ การทดสอบความชำนาญ (Proficiency Testing: PT) ด้านการตรวจวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (๔๒๐,๐๐๐ บาท)

๒.๕ การทวนสอบอุปกรณ์/เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเครื่องแก้วในห้องปฏิบัติการ (๑๕๐,๐๐๐ บาท)

๒.๖ การกำจัดสารเคมีและกากของเสียอันตรายทางห้องปฏิบัติการ (๒๐๐,๐๐๐ บาท)

๒.๗ การปรับปรุงระบบการให้บริการและระบบเชื่อมโยงอินเตอร์เน็ต (๕๓๐,๐๐๐ บาท)

<u>กิจกรรมที่ ๓</u> การสนับสนุน เสริมสร้างการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการสาธารณสุข (๒๑๘,๐๐๐ บาท) : จำนวนโล่และใบประกาศเกียรติคุณที่มอบให้โรงพยาบาลและสถานประกอบการที่ผ่านการพิจารณารับรองผลการดำเนินงาน

<u>กิจกรรมที่ ๔</u> การจ้างดูแลความปลอดภัยระบบการรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (TOR) (๙๐,๐๐๐ บาท)

<u>กิจกรรมที่ ๕</u> การสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสขยะในระดับเขต (๑,๖๑๖,๙๐๐ บาท)

โครงการย่อยที่ ๔ การติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสขยะ (๑,๔๙๕,๐๐๐ บาท)

<u>กิจกรรมที่ ๑</u> การติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และตรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานพื้นที่ปัญหาสำคัญ (๘๕๐,๐๐๐ บาท) กลุ่มเป้าหมาย : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ – ๑๒ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล และประชาชนในพื้นที่เสี่ยง

<u>กิจกรรมที่ ๒</u> การติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน (๓๐๐,๐๐๐ บาท) กลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

<u>กิจกรรมที่ ๓</u> การติดตาม สอบสวนโรค สนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (๓๐๐,๐๐๐ บาท) จำนวน ๕ คน : คณะกรรมการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน คณะทำงานสอบสวนโรคและผลกระทบต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

<u>กิจกรรมที่ ๔</u> การติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาและบริหารจัดการระบบข้อมูลเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (๔๕,๐๐๐ บาท) จำนวน ๕ คน : นักวิชาการสาธารณสุข สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ข้อมูลพื้นที่จังหวัดเพื่อดำเนินงานภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๑.พื้นที่ปัญหามลพิษขยะ <u>จำนวน ๒๐ จังหวัด</u>

เขตสุขภาพ	จังหวัดเป้าหมาย	เป้าหมายการดำเนินงาน (ราย)
เขตสุขภาพที่ ๑ เชียงใหม่	ลำพูน	๔๐๐
เขตสุขภาพที่ ๒ พิษณุโลก	พิษณุโลก	๒๐๐
เขตสุขภาพที่ ๓ นครสวรรค์	นครสวรรค์	๔๐๐
เขตสุขภาพที่ ๔ สระบุรี	พระนครศรีอยุธยา	๒๕๐
	สระบุรี	๓๕๗
เขตสุขภาพที่ ๕ ราชบุรี	กาญจนบุรี	๔๐๐
	เพชรบุรี	๔๐๐
เขตสุขภาพที่ ๖ ชลบุรี	สมุทรปราการ	๓๐๐
	ปราจีนบุรี	๔๐๐

เขตสุขภาพ	จังหวัดเป้าหมาย	เป้าหมายการดำเนินงาน (ราย)
เขตสุขภาพที่ ๗ ขอนแก่น	ขอนแก่น	๓๐๐
	กาฬสินธุ์	๓๐๐
	ร้อยเอ็ด	๔๐๐
เขตสุขภาพที่ ๘ อุดรธานี	อุดรธานี	๔๐๐
เขตสุขภาพที่ ๙ นครราชสีมา	บุรีรัมย์	๔๐๐
	นครราชสีมา	๕๐๐
เขตสุขภาพที่ ๑๐ อุบลราชธานี	อุบลราชธานี	๒๕๐
	มุกดาหาร	๔๐๐
เขตสุขภาพที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	นครศรีธรรมราช	๓๐๐
	สุราษฎร์ธานี	๔๐๐
เขตสุขภาพที่ ๑๒ สงขลา	สงขลา	๕๐๐
รวมทั้งหมด		**๗,๐๐๐**

หมายเหตุ : ข้อมูลเป้าหมายการดำเนินงาน (ราย) เป็นจำนวนประมาณการ ซึ่งอยู่ระหว่างการสำรวจและรวบรวมข้อมูล

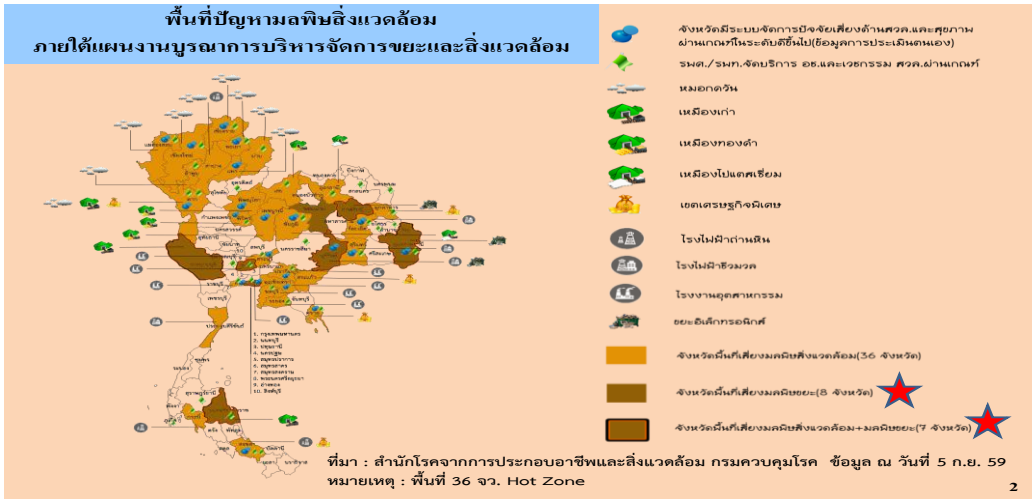
๒. พื้นที่ปัญหามลพิษทางอากาศ จำนวน ๑๑ จังหวัด

เขตสุขภาพ	จังหวัดเป้าหมาย
เขตสุขภาพที่ ๑ เชียงใหม่	เชียงใหม่ (หมอกควัน)
	เชียงราย (หมอกควัน)
	แพร่ (หมอกควัน)
	ลำพูน (หมอกควัน)
	แม่ฮ่องสอน (หมอกควัน)
	พะเยา (หมอกควัน)
	น่าน (หมอกควัน)
	ลำปาง (หมอกควัน)
เขตสุขภาพที่ ๒ พิษณุโลก	ตาก (หมอกควัน)
เขตสุขภาพที่ ๔ สระบุรี	สระบุรี (ฝุ่นหน้าพระลาน)
เขตสุขภาพที่ ๖ ชลบุรี	ชลบุรี (ฝุ่นหิน)
	ระยอง (มลพิษอุตสาหกรรม)
เขตสุขภาพที่ ๙ นครราชสีมา	นครราชสีมา (ฝุ่นหิน)
	สุรินทร์ (ฝุ่นหิน)

๓. พื้นที่ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

๓.๑. พื้นที่เหมืองทอง	๓.๒ พื้นที่เหมืองเก่า	๓.๓ เหมืองโปแตช	๓.๔ พื้นที่โรงไฟฟ้าถ่านหิน
เขต ๒ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก เขต ๓ พิจิตร เขต ๘ เลย	เขต ๒ ตาก (แคดเมียม) เขต ๓ *อุทัยธานี (สารหนู) เขต ๕ กาญจนบุรี (ตะกั่ว) *สุพรรณบุรี (สารหนู) เขต ๑๑ นครศรีธรรมราช (สารหนู)	เขต ๘ อุดรธานี เขต ๙ ชัยภูมิ	เขต ๑ ลำปาง เขต ๑๑ กระบี่ เขต ๑๒ สงขลา **๓.๕ โรงไฟฟ้าชีวมวล** เขต ๗ ร้อยเอ็ด เขต ๙ บุรีรัมย์ สุรินทร์ **นครราชสีมา**

พื้นที่เสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง	รายชื่อจังหวัดที่มีพื้นที่เสี่ยง
๓.๖ พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ	เขต ๑ เชียงราย (อ.แม่สาย/อ.เชียงแสน/อ.เชียงของ) เขต ๒ ตาก (อ.แม่สอด/อ.พบพระ/อ.แม่ระมาด) เขต ๕ กาญจนบุรี (อ.เมือง) เขต ๖ สระแก้ว (อ.อรัญประเทศ/อ.วัฒนานคร) ตราด (อ.คลองใหญ่) เขต ๘ *หนองคาย (อ.เมือง/อ.สระใคร) *นครพนม (อ.เมือง/อ.ท่าอุเทน) เขต ๑๐ มุกดาหาร (อ.เมือง/อ.หว้านใหญ่/อ.ดอนตาล) เขต ๑๒ สงขลา (อ.สะเดา) *นราธิวาส (อ.สุไหงโก-ลก/อ.ตากใบ/อ.แว้ง/อ.ยี่งอ/อ.เมือง)
๓.๗ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม	เขต ๔ พระนครศรีอยุธยา เขต ๕ สมุทรสาคร เขต ๖ ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ เขต ๑๓ *ปทุมธานี


พื้นที่ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม
ภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
จังหวัดมีระบบจัดการป้องกันเฝ้าระวังด้านสวล.และสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป(ข้อมูลการประเมินตนเอง)
รพศ./รพท.จัดบริการ อช.และเวชกรรม สวล.ผ่านเกณฑ์
หมอกควัน
เหมืองเก่า
เหมืองทองคำ
เหมืองโปแตสเซียม
เขตเศรษฐกิจพิเศษ
โรงไฟฟ้าถ่านหิน
โรงไฟฟ้าชีวมวล
โรงงานอุตสาหกรรม
ขยะอิเล็กทรอนิกส์
จังหวัดพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม(36 จังหวัด)
จังหวัดพื้นที่เสี่ยงมลพิษขยะ(8 จังหวัด)
จังหวัดพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม+มลพิษขยะ(7 จังหวัด)
ที่มา : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ 5 ก.ย. 59
หมายเหตุ : พื้นที่ 36 จว. Hot Zone
2


แผนงานควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม (ภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ปี 2560)
ผลผลิต 14 :โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสขยะ (14.9017 ลบ.)
ผลผลิต 15 :โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (2.5 ลบ.)
ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 30)
มาตรการ 1
เฝ้าระวัง และคัดกรองสุขภาพ (ผ่านบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม)
ตัวชี้วัด 1.1 จังหวัดมีระบบจัดการป้องกันเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป (อย่างน้อย 46 จ.)
ตัวชี้วัด 1.2 ร้อยละของ รพศ./รพท. สามารถจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 50)
มาตรการ 2
บูรณาการดำเนินงานป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัด 2.1 อปท. มีการพัฒนาระบบในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (อย่างน้อย 12 แห่ง)
กิจกรรมสำนักฯ
1.ผลักดันนโยบายฯ
2.บูรณาการงานกับเครือข่าย
3.พัฒนาความรู้และแนวทางถ่ายทอดให้เครือข่าย
4.พัฒนากลไกการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
5.พัฒนาศักยภาพ Lab
6.จัดทำสถานการณ์ด้าน สวล.
7. สื่อสารความเสี่ยงฯ
8. ถอดบทเรียน/เวทีแลกเปลี่ยน
กิจกรรม สคร.
1.คัดเลือกแหล่งกำเนิดมลพิษตามเกณฑ์
2.จัดทำฐานข้อมูล/ทะเบียน
3.พัฒนาและสนับสนุนหน่วยบริการ สช.
4.พัฒนาศักยภาพ จังหวัดเสี่ยงสารเคมี/Hot zone
5.สนับสนุนท้องถิ่นสร้างมาตรการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม
6.ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนสุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ
7. จัดทำสถานการณ์รายเขต
กิจกรรมสำนักฯ
1.ขับเคลื่อนนโยบายฯ (คกก.) บูรณาการกรมอนามัย
2.พัฒนา พ.ร.บ. โรค Env.-Occ.
3.พัฒนาหลักสูตร ต่อยอด/ขยายให้ อสม./อสอช.
4.บูรณาการหลักสูตร อช. และ สวล. ให้ท้องถิ่น
5.พัฒนาการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคล (self care)
6. สร้าง พท.ต้นแบบ
กิจกรรม สคร.
1.พัฒนา อสม./อสอช.
2.พัฒนาบุคลากรของท้องถิ่นและเครือข่าย
3.Self care
4.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่
กิจกรรม อปท.
-ดำเนินการตามมาตรฐานการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อม สำหรับ อปท. เช่น
1.จัดทำทะเบียนแรงงานและ ปชช. กลุ่มเสี่ยง
2.ดูแลสุขภาพพนักงานอปท.ตาม พรบ. อาชีวอนามัยฯ
3.ดูแลสุขภาพประชาชนผ่านกองทุนสุขภาพตำบล
3


โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และผู้สัมผัสขยะ ปี 2560
เป้าหมาย
• ปชช. กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษ สวล. ร้อยละ 30
• หน่วยบริการสาธารณสุขจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50
กลุ่ม/พื้นที่เป้าหมาย
• 46 จว. Hot Zone (รวม กลุ่มเสี่ยงขยะ 20 จว. 7,000 คน)
ส่วนกลาง (สำนักฯ / สคร.)
จังหวัด
เฝ้าระวัง/คัดกรองสุขภาพ
• สนับสนุนคู่มือ / แนวทาง / แบบคัดกรอง / ระบบการรายงาน / ฐานข้อมูล
• ร่วมรวบรวมข้อมูลสุขภาพ / จัดทำฐานข้อมูล 46 จว.
• ร่วมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ / เครือข่าย 46 จว.
• ตรวจคัดกรองสุขภาพใน ปชช. กลุ่มเสี่ยงขยะ 20 จว. / กลุ่มเสี่ยงอื่น 17 จว.
พัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
• พัฒนาศักยภาพแพทย์ Occ-Med. พยาบาลอาชีวนามัย และ นวก.สาธารณสุข
• สนับสนุนตั้ง Env.-Occ.Unit ในรพศ./รพท.
• สนับสนุนตั้ง Env.-Occ Center ใน รพช.
• สนับสนุนตั้ง Env.-Occ. Clinic ใน รพ.สต.
• สสจ. : สนับสนุนการจัดบริการฯ ใน พท.
• รพ. : จัดบริการฯ
วิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี
• พัฒนาคู่มือแนวทางด้าน Env.-Occ.
• พัฒนา modle : เหมืองทองคำ, ขยะ, สวล.
• พัฒนาศักยภาพ Lab
• ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหา
พัฒนากลไกทางกฎหมาย
พัฒนาและขับเคลื่อน ร่าง พ.ร.บ.โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ...
4

โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และผู้สัมผัสขยะ (14.9017 ลบ.)

ตัวชี้วัด	2559		2560
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย
1. ร้อยละของ ปชช. และคนทำงานสัมผัสขยะในพื้นที่เสี่ยงได้รับการคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ	8 จว. / 30% / 3,457 คน	8 จว. / 33.94% / 3,910 คน	20 จว. / 30% / 7,000 คน
2. ร้อยละของ รพศ., รพท. สามารถจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	30% / 35 แห่ง จาก 116 แห่ง	34.48% / 40 แห่ง จาก 116 แห่ง	50% / 58 แห่ง จาก 116 แห่ง

ที่มา : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ข้อมูล ณ วันที่ 25 ต.ค. 59 5

๗. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

ผู้รับผิดชอบโครงการ ดร.นพ.ปรีชา เปรมปรี
ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
โทรศัพท์ ๐๘๑ ๘๓๔ ๔๕๖๖ E-mail : prempree@hotmail.com

ผู้ประสานงานโครงการ

๑. นางสุธิดา อุทะพันธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๙๓ โทรสาร ๐๒ ๕๙๑ ๘๒๑๘
มือถือ ๐๘๖ ๕๒๐ ๗๙๐๕ E-mail : env-med@googlegroups.com

๒. นางภัคนี สิริปูชกะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มยุทธศาสตร์
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๙๒ โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๘๑๘๙
มือถือ ๐๘๑ ๓๔๓ ๒๕๔๔ E-mail : occupah@gmail.com

๓. นายประหยัด เคนโยธา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๙๓ โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๘๑๘๙
มือถือ ๐๙๒ ๕๐๑ ๕๗๐๙ E-mail : env-med@googlegroups.com

๔. นางอรพรรณ ศิริวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๙๒ โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๘๑๘๙
มือถือ ๐๘๖ ๒๔๔ ๓๑๙๒ E-mail : occupah@gmail.com

๑.๒ โครงการพัฒนากฎหมาย มาตรการ แนวทางปฏิบัติและการกำกับดูแลบังคับใช้กฎหมายในการจัดการขยะอย่างเข้มงวด

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

แผนงาน : บูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

กิจกรรม : ๑. ส่งเสริม พัฒนาแนวทางการจัดการมูลฝอยและการนำขยะไปใช้ประโยชน์

๒. พัฒนากฎหมาย ระเบียบ มาตรการแนวทางปฏิบัติและการกำกับดูแล บังคับใช้

๑. หลักการและเหตุผล

ตามที่รัฐบาลได้ให้ความสำคัญและกำหนดให้การแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยเป็นวาระแห่งชาติ และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องประสานความร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วนทั้งมูลฝอยทั่วไปมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอันตรายจากชุมชนซึ่งจากสถานการณ์การจัดการมูลฝอยทั่วไปในปัจจุบัน พบว่ายังคงมีปัญหาการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ พบการเทกองและเผาในที่โล่ง การลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อและของเสียอันตรายในที่สาธารณะโดยพบว่ามูลฝอยที่ได้รับการจัดการที่ถูกต้องเพียงร้อยละ ๓๐ และสถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อปี พ.ศ. ๒๕๕๗ คาดการณ์ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อประมาณ ๕๒,๑๔๗ ตัน มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกส่งเข้าเตาเผาทั้งเตาเผาของโรงพยาบาล เตาเผาของ อปท. และเตาเผาเอกชน รวมทั้งสิ้นอย่างน้อย ๓๓,๐๕๕ ตัน (ร้อยละ ๖๓) มูลฝอยที่เหลือร้อยละ ๓๗ ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่ เกิดจากเตาเผาของโรงพยาบาลที่มีอยู่เดิมหรือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีประสิทธิภาพ การเก็บรวบรวมไม่ครอบคลุมคลินิกเอกชน คลินิกสัตว์ และโรงพยาบาลสัตว์ ระบบการรวบรวมและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนมีปัญหามูลฝอยติดเชื้อตกค้างจากปัญหาการขนส่งของบริษัทเอกชน และตกค้างเพื่อรอการกำจัด เนื่องจากปัญหาศักยภาพและความพร้อมในการจัดการมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากสถานบริการการสาธารณสุขขนาดเล็ก เช่น คลินิกเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกสัตว์ที่ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการรวบรวม การขนส่ง และการกำจัด แม้ว่ามีปริมาณการเกิดไม่มาก แต่การเก็บรวบรวมและนำไปกำจัดอย่างถูกต้องเป็นไปได้อย่างจำกัด รวมทั้งโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่มีการใช้ระบบควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Infections waste Manifest system) และปัจจุบันองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังไม่มีความพร้อมในการกำจัดขยะติดเชื้อให้ได้ตามมาตรฐานถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นไปตามกฎหมาย (กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดขยะติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕) จึงส่งผลให้โรงพยาบาลผู้เป็นเจ้าของขยะติดเชื้อ ต้องแบกรับภาระในการกำจัดขยะติดเชื้อด้วยตนเอง ดังนั้นการพัฒนาระบบบริหารจัดการขยะติดเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการทั้งจากแหล่งกำเนิดและหน่วยบริการระดับท้องถิ่น เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากผลกระทบของปัญหาขยะติดเชื้อ

กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และมีมาตรการการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ ๑) พัฒนาระบบข้อมูลและเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ๒) พัฒนาระบบป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ๓) พัฒนาระบบบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ๔) พัฒนากฎหมายและระบบบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยระดับจังหวัดได้สนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด ๗๖ จังหวัด ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการสาธารณสุข มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ผู้แทนส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นคณะอนุกรรมการฯ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นเลขานุการฯ เพื่อเป็นกลไกตามกฎหมายสาธารณสุขทำหน้าที่ประสานความร่วมมือการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ รวมทั้งปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยและผลกระทบต่อสุขภาพด้วย

๒. วัตถุประสงค์

๑) เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกฎหมาย หรือมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติด้านการจัดการมูลฝอยให้มีความทันสมัย เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

๒) เพื่อพัฒนาและส่งเสริมให้เกิดการจัดการมูลฝอยให้ถูกสุขลักษณะไม่ก่อให้เกิดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

๓. เป้าหมาย

ประชาชนได้รับการคุ้มครอง ดูแลสุขภาพจากผลกระทบของปัญหามูลฝอย ด้วยการบริหารจัดการมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ

๔. ระยะเวลา

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๕. พื้นที่ดำเนินการ/กลุ่มเป้าหมาย

สถานบริการการสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๖. แนวทางการดำเนินงาน

๑) พัฒนาและปรับปรุงกฎหมายด้านการจัดการมูลฝอย

๒) ส่งเสริมให้เกิดต้นแบบการจัดการมูลฝอย

๓) พัฒนาให้เกิดระบบการจัดการมูลฝอยที่ถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

๔) ส่งเสริมให้เกิดการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ผ่านมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital

๗. ผลผลิต

๑) กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕

๒) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามร่างกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. ....

๓) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์อนามัย ชุมชนต้นแบบ ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ แห่ง มีการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายชุมชนที่ต้นทาง

๔) สถานบริการการสาธารณสุขดำเนินงานตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital

๘. ตัวชี้วัด

๑) มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชนต้นแบบที่มีการลด และคัดแยกขยะมูลฝอย และของเสียอันตรายชุมชนที่ต้นทาง อย่างน้อยจังหวัดละ๒ แห่ง

๒) พัฒนาและปรับปรุงกฎหมาย ด้านการจัดการมูลฝอย จำนวน ๓ เรื่อง

๓) สถานบริการการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๗๕

๙. แผนการดำเนินงาน

กิจกรรมหลักภายใต้โครงการ	วัตถุประสงค์	พื้นที่ดำเนินการ/ กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัด	งบประมาณ (งบดำเนินงาน)
๑. การจัดการมูลฝอยทั่วไป ๑.๑ การจัดทำ (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขภายใต้ร่างกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. .... ๑.๒ การพัฒนาชุมชน/ท้องถิ่น	เพื่อให้มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพและครบวงจรตั้งแต่การรวบรวม คัด	อปท./ชุมชน/ อสม.	ต้นแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน ที่มีการลด และคัดแยกขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายชุมชนที่ต้นทาง อย่าง	**๓๒,๑๒๘,๗๐๐ บาท**

กิจกรรมหลักภายใต้โครงการ	วัตถุประสงค์	พื้นที่ดำเนินการ/ กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัด	งบประมาณ (งบดำเนินงาน)
ต้นแบบด้านการจัดการมูลฝอย ๑.๓ ส่งเสริมบทบาท อสม.ในการจัดการมูลฝอยระดับครัวเรือนและชุมชน ๑.๔ พัฒนาขีดความ สามารถบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ๑.๕ สนับสนุนการดำเนิน งานของคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนงาน	แยก เก็บรวบรวม ขนส่งและกำจัดอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด		น้อยจังหวัดละ ๒ แห่ง	
๒. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ๒.๑ ยกร่างกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ๒.๒ พัฒนาต้นแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ๒.๓ ประเมินผลการจัดการมูลฝอยของสถานบริการการสาธารณสุข ๒.๔ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ๒.๕ ส่งเสริมการดำเนินงานตามมาตรฐานGREEN&CLEAN ๒.๖ สนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรม การสาธารณสุขจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน	พัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐานและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด	สถานบริการการสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขทั่วประเทศ	สถานบริการการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๗๕	





๑๐. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

ผู้รับผิดชอบโครงการ นางสาวสิริวรรณ จันทนจุลกะ
ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๑๗ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๒๑

ผู้ประสานงานโครงการ

๑. นางณีรนุช อาภาจรัส นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๑๖ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๒๑
มือถือ ๐๘๑ ๕๖๖ ๘๘๗๙
E-mail : a.neeranuch@gmail.com

๒. นายประโชติ กราบกราน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๑๒๘ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๐๐
มือถือ ๐๘๑ ๖๒๖ ๔๑๑๑
E-mail : prachote.k@anamai.mail.go.th

๓. น.ส.นวรัตน์ อภิชัยนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๑๖ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๒๑
มือถือ ๐๘๓ ๗๗๗ ๖๒๒๙
E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th

๑.๓ โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข

หน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด : ๑. ขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล ๘๙๖ แห่ง ได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องร้อยละ ๙๐ (๒๐,๖๐๗ ตัน/ปี)

เป้าหมาย : ขยะติดเชื้อได้รับการกำจัดอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด : ๒. ร้อยละของจังหวัดมีการเบิกจ่ายและกำกับการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย : มีการรายงานการเบิกจ่ายและผลการดำเนินงานตามกิจกรรมจากจังหวัด ร้อยละ ๙๐

หมายเหตุ **รอ template จากสำนักบริหารการสาธารณสุข สป.**
ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัย ให้สอบถามโดยตรงไปที่
สำนักบริหารการสาธารณสุข สป.
โทร. ๐๒ ๕๙๐ ๑๖๓๕, ๐๒ ๕๙๐ ๑๗๖๒ - ๖๓

๒. ประเด็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล (Hot Issue) : การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ๑. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
๒. สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็น : การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

A. ภาพรวมสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน
- แนวโน้มและสถานการณ์ RTI ยอดรวมผู้เสียชีวิต ๒๕๕๔-๒๕๕๙ (๕ ปีย้อนหลัง)
- จำแนกการตาย ตามปัจจัยเสี่ยงหลัก (คน รถ ถนน และสิ่งแวดล้อม)

B. ผลการดำเนินการ ปัญหา อุปสรรค และข้อพิจารณา เสนอแนะที่สำคัญ

๑. หลักการและเหตุผล

อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับหนึ่งในสาม อันดับแรกของปัญหาสาธารณสุขมาโดยตลอด จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ข้อมูลจาก Global Status Report on Road Safety ๒๐๑๕ ขององค์การอนามัยโลก จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับ ๒ ของโลก โดยมีอัตราตาย ๓๖.๒ ต่อประชากรแสนคน และจากข้อมูลบูรณาการ ๓ ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากถึงปีละ ๒๓,๐๐๐ - ๒๔,๐๐๐ คน หรือชั่วโมงละ ๓ คน บาดเจ็บไม่ได้นอนโรงพยาบาลนับล้านคนและนอนรักษาตัวโรงพยาบาลเกือบสองแสนคนต่อปี พิการอีกปีละกว่า ๗,๐๐๐ คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า ๒ แสนล้านบาทต่อปี

สาเหตุหลักจากการขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด ดื่มแล้วขับ ง่วง/หลับใน และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้อุบัติเหตุรุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน ไม่สวมหมวกกันน็อก ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย หรือถนนและสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย เหล่านี้ล้วนส่งผลให้อุบัติเหตุมีความรุนแรงมากขึ้น และอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นบนถนนของ อบต. หมู่บ้าน กลุ่มผู้บาดเจ็บเป็นกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงานที่มีการดื่มสุราก่อนขับขี่รถยนต์ และรถจักรยานยนต์

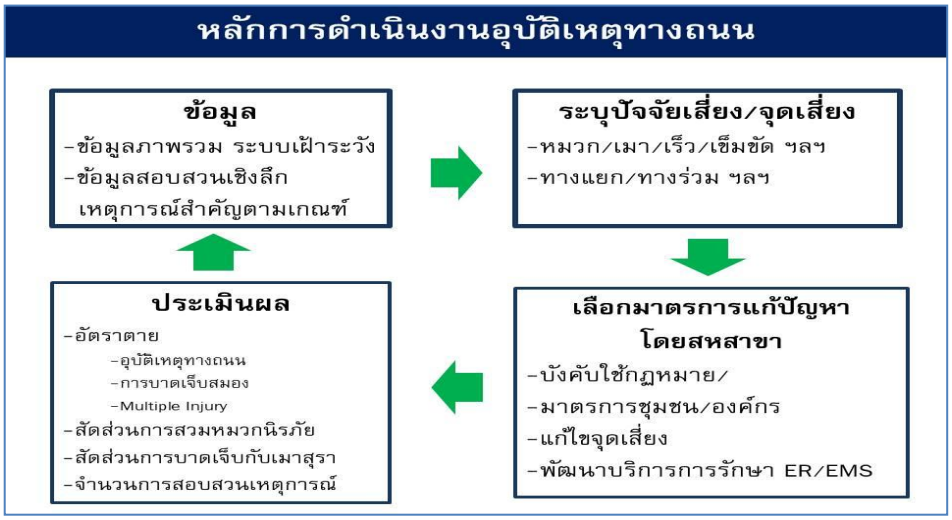
กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน โดยมีเป้าหมายลดการตายจากปี ๒๕๕๔ ลงครึ่งหนึ่งภายในปี ๒๕๖๓ และในปี ๒๕๖๐ กำหนดค่าเป้าหมายลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน ๑๔ ต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๖๐ จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดกรอบการดำเนินงาน ๒ ประเด็น ดังนี้ ๑) ชุมชนปลอดภัย ๒) เมืองปลอดภัย

๑. ชุมชนปลอดภัย โดยมีโครงการการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากการจราจรทางถนน ผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน (DHS/DC) โดยมุ่งเน้นให้เกิดการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอผ่านกลไกต่างๆ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและบูรณาการในระดับอำเภอลงไปสู่ท้องถิ่น ได้แก่ ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS), อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งอย่างยั่งยืน (DC), ตำบลจัดการสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) หรือกลยุทธ์ ๕ ส. ดังนี้

๑.๑ การจัดการข้อมูล (Information)
๑.๒ การสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจร (Investigation)
๑.๓ การชี้เป้าจุดเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง (Focus on priority problem)
๑.๔ ขับเคลื่อนโดยสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach)
๑.๕ การมีส่วนร่วมของชุมชน Stakeholder & Community participation
- มาตรการชุมชน (Community participation)

⇨ มาตรการองค์กร (Organization)

๑.๖ การประเมินผล (Evaluation)



๒. เมืองปลอดภัย การขับเคลื่อนในเขตเมืองที่มีประชากรอยู่อย่างหนาแน่น มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการคมนาคมขนส่ง พบว่า อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ การดำเนินงานป้องกันต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทุกระดับเพื่อให้เกิดการบูรณาการจากทีมสหสาขาและการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ร่วมกันคิดหามาตรการแก้ไขร่วมกันอย่างจริงจัง ตั้งแต่การจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพการสอบสวนการบาดเจ็บเพื่อแก้ไขจุดเสี่ยง การออกมาตรการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด การกำหนดเป้าหมายและพื้นที่เข้มข้น และประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในเมืองใหญ่ (City RTI) อย่างมีประสิทธิภาพและเห็นผลเป็นรูปธรรมและมีกรอบการดำเนินงานดังนี้

๒.๑ ส่งเสริมให้มีกลไกการจัดการข้อมูล/วิเคราะห์ เพื่อเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์(Situation Room) ในการจัดการความปลอดภัยทางถนน เช่น การจัดการจุดเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง

๒.๒ พัฒนาพื้นที่ควบคุมพิเศษเพื่อเป็นเขตจราจรปลอดภัย (Traffic Safety Zones) ได้แก่ การจัดการพื้นผิวการจราจร การจัดการความปลอดภัยของรถจักรยานการจัดการความปลอดภัยในเด็ก การจัดการพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สวมหมวกนิรภัย ความเร็ว การดื่มแล้วขับขี่การใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่ เป็นต้น

๒.๓ ร่วมกันสนับสนุนวิชาการ เทคโนโลยี และงบประมาณ ในการดำเนินกิจกรรมตามสภาพปัญหาของพื้นที่

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากการจราจรทางถนน ผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน (DHS/DC)

๒.๒ เพื่อขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในเมืองใหญ่ (City RTI)

๒.๓ เพื่อพัฒนาการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

๓. ผลผลิตและตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

ลำดับ	ผลผลิตของโครงการ	จำนวน	หน่วยนับ
๑	**เชิงปริมาณ** จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน (DHS/DC)	อย่างน้อย ๒๔๑	อำเภอ

ลำดับ	ผลผลิตของโครงการ	จำนวน	หน่วยนับ
	เชิงคุณภาพ จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน (DHS/DC)และผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของอำเภอที่ดำเนินการ	อย่างน้อย ๑๒๐	อำเภอ
๒	**เชิงปริมาณ** จำนวนหน่วยงาน (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเมืองใหญ่ (City RTI)	๓๐	องค์กร
	เชิงคุณภาพ จำนวนองค์กรที่มีกลไกการจัดการข้อมูล/วิเคราะห์ เพื่อเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ (Situation Room)และพัฒนาพื้นที่ควบคุมพิเศษเพื่อเป็นเขตจราจรปลอดภัย(Traffic Safety Zones)	๑๕	องค์กร
๓	มีระบบการจัดการข้อมูลจากการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนและแสดงข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ(Dashboard) สำหรับใช้ประโยชน์ร่วมกันในระดับประเทศ/เขต/จังหวัด	๑	ระบบ
๔	จัดงานแถลงข่าวประชาสัมพันธ์รณรงค์ช่วงเทศกาลปีใหม่/สงกรานต์ ตรวจเยี่ยมการดำเนินงานของจังหวัด และติดตามประเมินผลนโยบาย/ข้อสั่งการ	๒	ครั้ง

๔. งบประมาณโครงการ ๖,๐๐๐,๐๐๐.- บาท (หกล้านบาทถ้วน)

๕. กิจกรรมการดำเนินงานในโครงการ

ประเด็น	กิจกรรม	หน่วยงาน
๑. เชิงระบบบริหารจัดการ	๑. กลไกดำเนินงานของ ศปถ. ระดับต่างๆ ๒. กลไกจัดการ “ระบบข้อมูล” ๓. กำหนดให้มี “มาตรการด้านความปลอดภัยทางถนน”	๑. มหาดไทย : สนง.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด/ท้องถิ่น **๒. สาธารณสุข : สสจ. / รพศ. / รพท.** ๓. ตำรวจภูธรจังหวัด ๔. คมนาคม : แขวงทางหลวง แขวงทางหลวงชนบท ขนส่งจังหวัด ๕. หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ศึกษาธิการ สวัสดิการแรงงานจังหวัด
๒. เชิงความเสี่ยงหลัก	๑. การจัดการ “ความเร็ว” โดยเฉพาะความเร็วในเขตเมือง ๒. การจัดการแก้ไข “จุดเสี่ยง” โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น/ชุมชน ๓. การจัดการปัญหา “ดื่ม/เมาแล้วขับ” ๔. การจัดการ “พฤติกรรมเสี่ยงหลักอื่นๆ”	๑. มหาดไทย : สนง.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด/ท้องถิ่น **๒. สาธารณสุข : สสจ. / รพศ. / รพท.** ๓. ตำรวจภูธรจังหวัด ๔. คมนาคม : แขวงทางหลวง แขวงทางหลวงชนบท ขนส่งจังหวัด ๕. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๖. หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ศึกษาธิการ สวัสดิการแรงงานจังหวัด

๖. เป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ค่าเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ	ข้อมูลพื้นฐาน			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ				
	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
ค่าเป้าหมายระดับประเทศ	๒๒.๘๙	๑๙.๙๖	๑๗.๘๑	๑๖.๐	๑๔.๐	๑๓.๐	๑๒.๐	๑๑.๐

หมายเหตุ ข้อมูลปี ๕๖ เป็นข้อมูลมรณบัตร (กรมการปกครอง) ที่ตรวจสอบ (verify) กับหนังสือรับรองการตาย (กระทรวงสาธารณสุข) ส่วนปี ๕๗-๕๘ เป็นข้อมูลที่ยังไม่ได้ตรวจสอบกับหนังสือรับรองการตาย

ค่าเป้าหมายจำแนกรายเขตสุขภาพปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๓

ค่าเป้าหมาย (จำนวน)/ เขตสุขภาพ	ค่า median ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
		ลดลงร้อยละ ๒๑ จาก median ๕๓-๕๕	ลดลงร้อยละ ๒๘ จาก median ๕๓-๕๕	ลดลงร้อยละ ๓๕ จาก median ๕๓-๕๕	ลดลงร้อยละ ๔๒ จาก median ๕๓-๕๕	ลดลงร้อยละ ๕๐ จาก median ๕๓-๕๕
๑	๑,๓๖๒	๑,๐๗๖	๙๘๑	๘๘๕	๗๙๐	๖๘๑
๒	๘๘๘	๗๐๒	๖๓๙	๕๗๗	๕๑๕	๔๔๔
๓	๗๗๓	๖๑๑	๕๕๗	๕๐๒	๔๔๘	๓๘๗
๔	๙๙๔	๗๘๕	๗๑๖	๖๔๖	๕๗๗	๔๙๗
๕	๑,๔๖๕	๑,๑๕๗	๑,๐๕๔	๙๕๒	๘๔๙	๗๓๓
๖	๑,๘๒๘	๑,๔๔๔	๑,๓๑๖	๑,๑๘๘	๑,๐๖๐	๙๑๔
๗	๘๖๒	๖๘๑	๖๒๑	๕๖๐	๕๐๐	๔๓๑
๘	๗๒๒	๕๗๐	๕๑๙	๔๖๙	๔๑๘	๓๖๑
๙	๑,๓๙๓	๑,๑๐๐	๑,๐๐๓	๙๐๕	๘๐๘	๖๙๗
๑๐	๘๕๐	๖๗๒	๖๑๒	๕๕๓	๔๙๓	๔๒๕
๑๑	๑,๓๖๔	๑,๐๗๗	๙๘๒	๘๘๖	๗๙๑	๖๘๒
๑๒	๑,๑๒๖	๘๘๙	๘๑๐	๗๓๒	๖๕๓	๕๖๓
๑๓	๑๙๔	๑๕๓	๑๔๐	๑๒๖	๑๑๓	๙๗

หมายเหตุ ข้อมูลจาก median ๕๓-๕๕ เป็นข้อมูลที่ตรวจสอบกับมรณะบัตรแล้ว

๗. มาตรการเป้าหมาย พื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมสำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

- การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย		พื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย (Setting)	กิจกรรมสำคัญ	
	สำนัก/สถาบัน	สคร.		สำนัก	สคร.
มาตรการที่ ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากการจราจรทางถนน ผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน (DHS/DC)					
ตัวชี้วัดที่ ๑ : จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน (DHS/DC) และผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง ระดับดี ไม่น้อยกว่า ๕๐% ของ ๒๔๑ อำเภอ **เกณฑ์การประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน** ระดับดีเยี่ยม >๙๐% ระดับดีมาก ๘๐-๙๐% ระดับดี ๗๐-๗๙% ระดับปานกลาง ๖๐-๖๙%	๗๖ จังหวัด (มี ๘๗๘ อำเภอ) มีการดำเนินงาน DHS/DC ไม่น้อยกว่า ๒๔๑ อำเภอ และผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดี ≥ ๑๒๐ อำเภอ	คำนวณจำนวนอำเภอตามจังหวัดพื้นที่เสี่ยงจากฐานข้อมูลมรณบัตรปี ๒๕๕๗ ดังนี้ สคร.๑ = ๓๐ อำเภอ สคร.๒ = ๑๔ อำเภอ สคร.๓ = ๑๗ อำเภอ สคร.๔ = ๒๑ อำเภอ สคร.๕ = ๒๑ อำเภอ สคร.๖ = ๒๔ อำเภอ สคร.๗ = ๑๗ อำเภอ สคร.๘ = ๒๒ อำเภอ สคร.๙ = ๑๘ อำเภอ สคร.๑๐ = ๑๕ อำเภอ สคร.๑๑ = ๒๓ อำเภอ สคร.๑๒ = ๑๙ อำเภอ สคร.๑๓ = - รวม ๒๔๑ อำเภอ	จังหวัดพื้นที่เสี่ยง จากฐานข้อมูลมรณบัตรปี ๒๕๕๗ ดังนี้ **๑) พื้นที่สีส้มและแดง** ดำเนินการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของอำเภอทั้งหมด **๒) พื้นที่สีเหลือง** ดำเนินการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของอำเภอทั้งหมด **๓) พื้นที่สีเขียว** ดำเนินการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของอำเภอทั้งหมด *** จากการคำนวณตามพื้นที่จะมีพื้นที่ดำเนินการไม่น้อยน้อย ๒๔๑ อำเภอ	๑. จัดเวทีชี้แจงนโยบายและมาตรการการดำเนินงาน (DHS/DC) **ระดับประเทศ** (สคร./สสจ) ๒. จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน (DHS/DC) ๓. จัดทำระบบการติดตามการดำเนินงานเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันในระดับประเทศ/เขต/จังหวัด	๑. จัดเวทีชี้แจงนโยบายและมาตรการการดำเนินงาน (DHS/DC) **ระดับเขต** (จังหวัด/อำเภอ) ๒. สนับสนุนจังหวัดดำเนินการประเมินการดำเนินงานในระดับอำเภอ (แบบประเมินตนเอง) ๓. ลงพื้นที่ประเมินผลยืนยันการดำเนินงาน DHS/DCในอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดี (ร้อยละ ๗๐) ๔. จัดร่วมจัดทำระบบการติดตามการดำเนินงานเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันในระดับประเทศ/เขต/จังหวัด

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย		พื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย (Setting)	กิจกรรมสำคัญ	
	สำนัก/สถาบัน	สคร.		สำนัก	สคร.
มาตรการที่ ๒ การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเมืองใหญ่(City RTI)					
ตัวชี้วัดที่ ๒ :จำนวนหน่วยงาน (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเมืองใหญ่ (City RTI) **กรอบการดำเนินงาน** ๑.จัดการข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยง จุดเสี่ยง สวนการบาดเจ็บฯ เพื่อชี้ประเด็นปัญหา ๒.การจัดการข้อมูลห้องติดตามสถานการณ์ (Situation Room หรือ Control Room) ๓.กำหนดขอบเขตพื้นที่ดำเนินการควบคุมพิเศษ (Safety Zone) ๔.จัดทำข้อตกลงความร่วมมือการทำงานกับหน่วยงานท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ๕.มีมาตรการลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่น	ร้อยละ ๕๐ ของเทศบาลนคร (๑๕ แห่ง)	-	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลนคร ๓๐ แห่ง)	๑.ขับเคลื่อนนโยบายในระดับประเทศ และนโยบายของ สธ. เพื่อการบูรณาการในภาพรวม ๒.จัดทำแนวทางการพัฒนารูปแบบการทำงานที่เหมาะในระดับพื้นที่ ๓.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนการดำเนินงานกับหน่วยงานในพื้นที่ “workshop ๑” ๔. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เชิงปฏิบัติติดตามความก้าวหน้าการขับดำเนินงาน “workshop ๒” ๕.ลงพื้นที่ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน กิจกรรม Site visit	ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับท้องถิ่นและบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และผู้เชี่ยวชาญ ตามกรอบการดำเนินงานและบริบทของพื้นที่

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย		พื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย (Setting)	กิจกรรมสำคัญ	
	สำนัก/สถาบัน	สคร.		สำนัก	สคร.
มาตรการที่ ๓..การพัฒนาการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์					
ตัวชี้วัดที่ ๓ : มีระบบการจัดการข้อมูลจากการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนและแสดงข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ (Dashboard)สำหรับใช้ประโยชน์ร่วมกันในระดับประเทศ/เขต/จังหวัด	มีการจัดทำคลังข้อมูลและระบบแสดงข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ (Dashboard)	มีขับเคลื่อนการดำเนินงานการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล	สสอ./รพ.ชุมชน/เครือข่ายอุบัติเหตุทางถนน (เชื่อมโยงกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ และอำเภอความคุมโรคเข้มแข็ง)	๑. จัดทำคลังข้อมูลและระบบแสดงข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ (Dashboard) ๒. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสังเคราะห์ความรู้จากการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจร ๓. จัดทำหลักสูตรและจัดพิมพ์คู่มือการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจร	๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระดับพื้นที่ ๒. ร่วมจัดทำคลังข้อมูลและระบบแสดงข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บเพื่อให้มีข้อมูลนำเข้าสำหรับใช้ประโยชน์ร่วมกันในระดับประเทศ/เขต/จังหวัด

๘. การติดตามประเมินผล

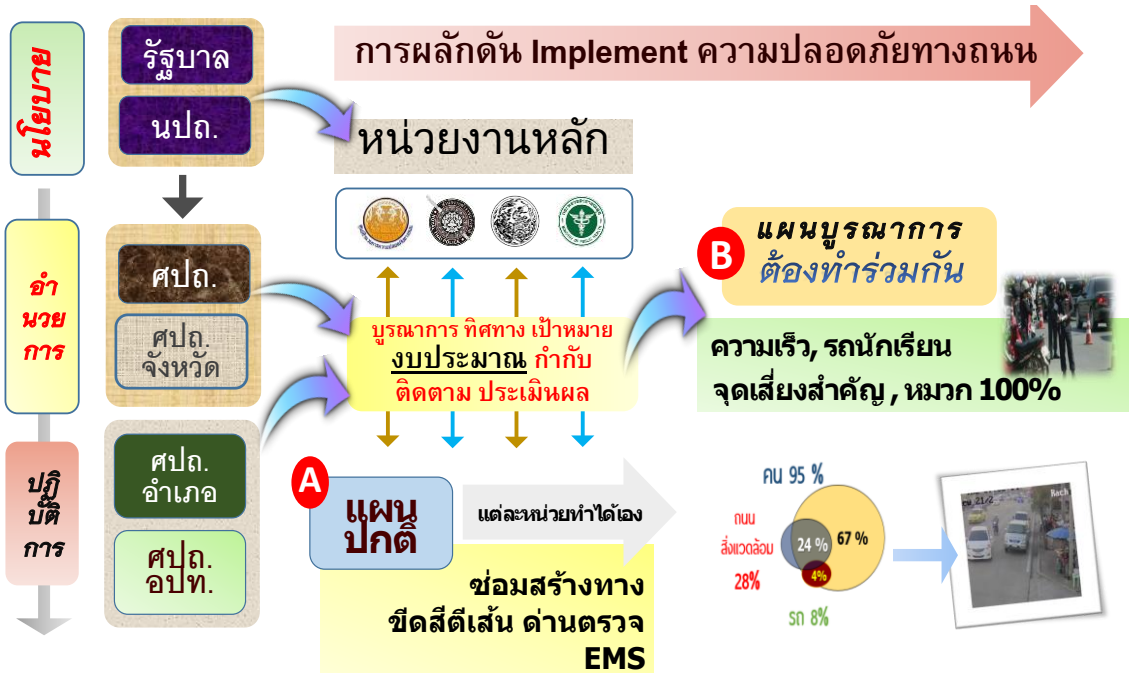
- การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน

ตัวชี้วัด	วิธีการวัด/จัดเก็บข้อมูล	เครื่องมือ	ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบหลัก
มาตรการที่ ๑..ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากการจราจรทางถนน ผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน (DHS/DC)				
ตัวชี้วัดที่ ๑ :จำนวนอำเภอที่มีการขับเคลื่อนงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (DHS/DC)ยั่งยืนที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งระดับดีไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของ ๒๔๑ อำเภอ	จัดทำระบบการจัดเก็บข้อมูลจำนวนอำเภอที่ดำเนินการ DHS/DC จากรายงานผลการประเมินตนเอง และจังหวัดจากผลการประเมินโดย และ สคร.	แบบประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ระดับดีเยี่ยม >๙๐% ระดับดีมาก ๘๐-๙๐% ระดับดี ๗๐-๗๙% ระดับปานกลาง ๖๐-๖๙%	รอบ ๖ และ๑๒ เดือน	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ - สำนักจัดการความรู้ - กองแผนงาน - สำนักโรคไม่ติดต่อ
มาตรการที่ ๒ การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเมืองใหญ่ (City RTI)				
ตัวชี้วัดที่ ๒ : จำนวนหน่วยงาน (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเมืองใหญ่ (City RTI)	หน่วยงาน (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเมืองใหญ่ (City RTI)	รายงานสรุปผลการดำเนินงานรายงานการจัดประชุมกับท้องถิ่น	รอบ ๖ และ๑๒ เดือน	- สำนักโรคไม่ติดต่อ - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒
มาตรการที่ ๓..การพัฒนาการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์				
ตัวชี้วัดที่ ๓ : มีระบบการจัดการข้อมูลจากการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนและแสดงข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ (Dashboard)สำหรับใช้ประโยชน์ร่วมกันในระดับประเทศ/เขต/จังหวัด	มีคลังข้อมูลและระบบแสดงข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ (Dashboard)	Program รายงานผลการสอบสวน	รอบ ๙ และ๑๒ เดือน	- สำนักโรคไม่ติดต่อ - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒

๙. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

กรมควบคุมโรค สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากการจราจรทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ และอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน (DHS/DC) ที่ครอบคลุมอำเภอเสี่ยงทั่วประเทศ และดำเนินการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บจากจราจรทางถนนในเมืองใหญ่ (City RTI) พร้อมทั้งพัฒนาการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ซึ่งสามารถวัดผลผลิตการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม ตอบสนองนโยบายและเป้าหมายระดับกระทรวงและระดับประเทศ





ข้อเสนอสำคัญ.. เพื่อบูรณาการในระดับพื้นที่ (จว/อำเภอ)

Ⓐ บูรณาการเชิงระบบ

1. **บูรณาการเพื่อพัฒนา “ระบบข้อมูล”** สำคัญ ได้แก่
   - ข้อมูลตาย 3 ฐาน (ตร. สธ. ประกันฯ)
   - ข้อมูลสอบสวนอุบัติเหตุสำคัญ
2. **ศปถ.อำเภอ, ศปถ.จังหวัด มีการประชุม “ทุกเดือน”** เพื่อติดตามสถานการณ์และประเมินผลการดำเนินงาน
3. ทุกหน่วยงานและสถานประกอบการจัดทำ **“มาตรการองค์กร”** เพื่อความปลอดภัยทางถนน

Ⓑ บูรณาการเชิงประเด็น

“ความเสี่ยงหลัก” ที่พื้นที่ควรบูรณาการการทำงานร่วมกัน ได้แก่

1. **การจัดการ “ความเร็ว”** โดยเฉพาะเขตชุมชน หน้า รร. ตลาด
2. **การเพิ่มการใช้อุปกรณ์นิรภัย ..**
   - **หมวกนิรภัย 100%**
   - **เข็มขัดนิรภัย** (รถสาธารณะและรถส่วนบุคคล)
3. **การดื่ม/เมาแล้วขับ**



ข้อเสนอ : การจัดการ ”ความเร็ว” เขตเมือง และ เขตชุมชน

สถานการณ์สำคัญ	มาตรการกฎหมาย และ การบังคับใช้	มาตรการองค์กร สังคม และ มาตรการวิศวกรรมจราจร
คนเดินเท้าตาย เพิ่มขึ้น**เป็น 2 เท่า** ปี 54 ร้อยละ 4.7 เป็น 8 % ในปี 56 ล่าสุด เทศกาลปีใหม่ ตาย 9% (กทม. คนเดินเท้า ตายเป็นอันดับ 3 (10.7%) รองจาก จยย. และ รถยนต์	**อจร./ศปถ.จังหวัด และท้องถิ่น**ร่วมกันกำหนด **ความเร็วเขตเมืองที่ปลอดภัย** (ตามแนวทางที่จัดทำขึ้น) • เขตชุมชน หน้าโรงเรียน ตลาด **ไม่เกิน 30 กม/ชม.**	แกนนำในชุมชน : กู้ชีพ อสม. รพ.สต. ร่วมกับท้องถิ่น 1. **สำรวจจุดเสี่ยง** และ **อันตรายจากความเร็ว**ในเขตชุมชน โดยเฉพาะหน้าโรงเรียน หน้าตลาด ฯลฯ 2. **จัดการ สยบความเร็ว (traffic calming)** เมื่อรถเข้าเขตชุมชน ด้วยมาตรการวิศวกรรมจราจร เช่น – การลดความกว้างช่องจราจร การตั้งกรวย ฯลฯ – เขตชุมชน/โรงเรียน ทำป้าย rumble strip, pavement marking, ปรับพื้นถนน antiskid เพิ่มไฟส่องสว่าง





โครงการ .. หน้าโรงเรียน หน้าชุมชน “ปลอดภัย”



ข้อเสนอเชิงประเด็น : การจัดการ “หมวกนิรภัย และ บาดเจ็บศีรษะ”

สถานการณ์สำคัญ	มาตรการกฎหมาย และบังคับใช้	มาตรการองค์กร สังคม
มอเตอร์ไซด์ ตายชั่วโมงละ 1 คน เกือบทุกราย (94%) ไม่สวมหมวกนิรภัย ▪ผู้บาดเจ็บรุนแรง เช่น บาดเจ็บศีรษะที่ไม่เสียชีวิต ร้อยละ 5 ลงเอยด้วยความพิการ ที่ครอบครัวต้องรับภาระดูแล ▪คนไทย สวมหมวกไม่ถึงครึ่ง (ผลสำรวจเพียง 43%) และกลุ่มเด็กใส่ 7% ▪การตรวจจับ ปรับ .. ลดลง เพราะปัญหา “ด่านลอย” และลงโทษไม่เข้ม เพราะขาดระบบข้อมูลความผิดซ้ำ	1) **เพิ่มการตรวจจับ** ร่วมกับ **มาตรการองค์กร** ในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างกระแส และ ลดแรงต้าน 2) เพิ่มกิจกรรมในการอบรม ให้ผู้กระทำผิดต้องอบรมหรือรับรู้ข้อมูลผลกระทบจากการไม่สวมหมวกนิรภัย 3) **ใช้เทคโนโลยี กล้อง CCTVช่วยตรวจจับและวัดผล**	1. **หน่วยงาน สธ. ร่วมสนับสนุน** ▪ **กรณี เด็ก/เยาวชน** ที่บาดเจ็บจาก จยย. บุคลากร สธ. แนะนำ-เตือน **ผู้ปกครอง ญาติ** ให้ใช้หมวกนิรภัย ▪ สนับสนุนให้นำ นร./นศ. มาเรียนรู้ ผลกระทบจากการบาดเจ็บศีรษะเพราะไม่สวมหมวก ▪ จัดทำข้อมูล “บาดเจ็บศีรษะ” ให้กับหน่วยงาน ปชช.ในพื้นที่ 2. **ต้นสังกัด** โดยเฉพาะสถานประกอบการ และ สถานศึกษา **กำหนดมาตรการองค์กร** 3. **ท้องถิ่น** ส่งเสริม “การสวมหมวกในเด็ก” โดยใช้งบจากท้องถิ่น และ งบจากกองทุนสุขภาพตำบล เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนเทศบาล







โครงการ .. ทุกวันทุกวัย สวมหมวกนิรภัย 100%

ข้อเสนอเชิงประเด็น : เข็มขัดนิรภัย ใน “รถสารสาธารณะ” และ “รถส่วนบุคคล”

สถานการณ์สำคัญ	มาตรการกฎหมาย และบังคับใช้	มาตรการองค์กร สังคม
1. ผู้โดยสาร รถสาธารณะที่ตาย “ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย” 2. รถส่วนบุคคล ผู้นั่งตอนท้าย ไม่คาดเข็มขัด ทำให้บาดเจ็บตนเอง และคนนั่งตอนหน้า (ไม่มีกฎหมายกำหนด) ผลสำรวจ พบการใช้เข็มขัดไม่ถึง 1/3 แม้จะลดการตายได้ ร้อยละ 34	1) เพิ่มมาตรการกำกับ ผู้โดยสารรถสาธารณะใช้เข็มขัดนิรภัย 2) แก้ไข พรบ.จราจรทางบก กำหนดให้ ผู้นั่งโดยสารตอนหลังต้องคาดเข็มขัดนิรภัย	1) ให้ผู้ประกอบการทุกราย มีระบบกำกับให้ ผู้โดยสารใช้เข็มขัดนิรภัยก่อน/ระหว่างการเดินทาง แบบเดียวกับสายการบิน เช่น คนขับ/พนักงานบนรถ เดินแจ้งให้คาดเข็มขัดนิรภัย 2) หน่วยงานรัฐ เอกชน ท้องถิ่น มีมาตรการองค์กร ให้บุคลากรคาดเข็มขัดนิรภัย 3) เมื่อเกิดเหตุ มีการสอบสวนและบันทึกข้อมูล การใช้คาดเข็มขัดนิรภัย เพื่อแจ้งต้นสังกัดทราบ





โครงการ ..
ผู้โดยสารปลอดภัย
ใช้เข็มขัดนิรภัย 100%

ข้อเสนอ : การจัดการ ดื่ม / เมาขับ

สถานการณ์สำคัญ	มาตรการกฎหมาย และบังคับใช้	มาตรการองค์กร สังคม
ทุกๆ วัน จะมี คนไทย 8-10 คน ตายจากเมาขับ ครึ่งหนึ่งเป็นเหยื่อเมาขับ ▪ตำรวจไม่มีการตรวจวัด เมื่อเกิดเหตุ เพราะเครื่องมีจำกัด (ที่มา รพ. ก็ไม่ได้ตรวจวัด alc.) ▪ขาดระบบข้อมูลความผิดซ้ำ ทำให้คนเมา ไม่เกรงกลัว และถูกจับรับสารภาพ โทษก็เพียง “ปรับ รอลงอาญา”	1) รัฐบาล สนับสนุนเครื่องตรวจ Alc. ให้เพียงพอ พร้อมทั้งมีการกำหนดเกณฑ์สำหรับตรวจ Alc. /เครื่องตรวจ (ตรวจกี่ครั้ง/เครื่อง/เดือน) เพื่อประเมินประสิทธิภาพ 2) สธ. ตกลงร่วมกับตำรวจ ▪ มี “ข้อปฏิบัติ” เพื่อตรวจวัด Alc. กรณีที่มีผู้เสียชีวิต/สาหัส ▪ สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการสอบเทียบ (calibrate) เครื่องตรวจ alc. เพื่อให้สามารถพร้อมใช้ 3) ตร. พัฒนาระบบข้อมูลความผิดซ้ำ เพื่อนำไปประกอบการเพิ่มโทษ	ให้แกนนำในชุมชน อสม. รพ.สต. ร่วมกับท้องถิ่น 1.ผู้กระทำความผิด ที่ถูกคุมประพฤติ จะต้องมาให้บริการกับ “เหยื่อ/ครอบครัวเหยื่อ” เพื่อรับรู้ผลกระทบจากพฤติกรรม “ดื่ม/เมาขับ” 2.ต้นสังกัด มีมาตรการ (จูงใจ และ บทลงโทษ) กับบุคลากรเพื่อป้องกันพฤติกรรม ดื่ม/เมาขับ 3.ท้องถิ่น ชุมชน กำหนดมาตรการสังคม กับผู้มีพฤติกรรมดื่ม/เมาขับ ในรูปแบบต่างๆ





โครงการ ..
ตรวจจับ และ กำกับคนเมาขับ
ร่วมกับ หน่วยงาน องค์กร และ ชุมชน

กรอบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
ผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS/DC)

กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน DHS/DC	ระดับดี (Good)	ระดับดีมาก (Excellent)	ระดับดีเยี่ยม (Advanced)
๑) การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังและจัดทำสถานการณ์ปัญหา	ย้อนหลัง ๒ ปี	ย้อนหลัง ๓ ปี	ย้อนหลัง มากกว่า ๓ ปี
๒) การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตฯ	๓ ครั้ง/ปี	๕ ครั้ง/ปี	มากกว่า ๕ ครั้ง/ปี
๓) การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (RTI team อำเภอ)	๓ หน่วยงาน	๕หน่วยงาน	มากกว่า ๕หน่วยงาน
๔) มีแผนงาน/โครงการ	๑ แผนงาน	๑ แผนงาน	๑ แผนงาน
๕) การชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยง/ความเสี่ยง	๓ จุด	๕ จุด	มากกว่า ๕ จุด
๖) การดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชน	๓ ตำบลหรือ ๕ ด่าน	๕ ตำบล หรือ ๑๐ ด่าน	มากกว่า ๕ ตำบล หรือ ๑๕ ด่าน
๗) การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน	๓ หน่วยงาน	๕ หน่วยงาน	มากกว่า ๕ หน่วยงาน
๘) การรณรงค์ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์	๓ ครั้ง	๕ ครั้ง	มากกว่า ๕ ครั้ง
๙) การขับเคลื่อนทีมระดับตำบล/หมู่บ้าน/หน่วยงาน (RTI Team ตำบล)	๓ ทีม	๕ ทีม	มากกว่า ๕ ทีม
๑๐) การสรุปผลการดำเนินงาน	๑ ฉบับ	๑ ฉบับ	๑ ฉบับ
เกณฑ์การประเมิน แต่ละกิจกรรมมี๑๐ คะแนน	ดำเนินการได้ ๖ กิจกรรม หรือ ๖๐ คะแนน	ดำเนินการได้ ๗ กิจกรรม หรือ ๗๐ คะแนน	ดำเนินการได้ ๘ กิจกรรม หรือ ๘๐ คะแนน
	หมายเหตุ: ในกรณีที่มีการดำเนินงานนอกเหนือ ๑๐ กิจกรรมนี้ ที่เป็นนวัตกรรมใหม่และดำเนินงานประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับ ที่วัดผลผลิตหรือผลลัพธ์ได้สามารถนำเสนอเพิ่มเติมได้ โดยให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการประเมิน		
เป้าหมายการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐	เชิงปริมาณ ดำเนินการ ๒๔๑ อำเภอทั้งประเทศ เชิงคุณภาพ ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดี (Good) ๕๐% (๑๒๐ อำเภอ)		

แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
ผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS/DC)

กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน DHS/DC	เกณฑ์การดำเนินงานระดับดี (Good)
๑. การจัดการข้อมูล เฝ้าระวังและจัดทำสถานการณ์	๑. จัดทำข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ ย้อนหลังอย่างน้อย ๒ ปี ๒. ไม่จำกัดฐานข้อมูล
๒. การสอบสวนการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน กรณีเกิดเหตุการณ์ในพื้นที่	มีรายงานสอบสวนการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร อย่างน้อย ๓ ครั้ง/ปี
๓. การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (RTI team อำเภอ)	๑. มีการขับเคลื่อนโดยการประชุมร่วมของทีมสหสาขาในอำเภอ (RTI team อำเภอ) อย่างน้อย ๓ หน่วยงาน ๒. มีรายงานที่แสดงว่ามีการประชุมหรือการมีส่วนร่วม ได้แก่ รายชื่อ/หน่วยงาน/ผู้เข้าร่วมประชุม หรือตามที่ทีมกำหนดร่วมวางแผน การแลกเปลี่ยนทรัพยากร และมีภาพถ่ายการประชุม/หรือการจัดกิจกรรม
๔. มีแผนงาน/โครงการในปีที่ดำเนินการ	มีแผนงาน/โครงการ ในปีที่ดำเนินการ ที่ระบุกิจกรรมและระยะเวลาในการแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา
๕. การชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	๑. มีการชี้เป้าและจัดการแก้ไขจุดเสี่ยง อย่างน้อย ๓ จุด ๒. มีการการชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง โดยการนำข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่าย หรือข้อมูลจากการสอบสวนฯ มาวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหาและกำหนดจุดเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง เช่น ถนน สี่แยก สามแยก หน้าโรงเรียน โรงงาน หมู่บ้าน ตลาดสด หรือพฤติกรรมเสี่ยงบนถนน เช่น ย้อนศร บรรทุกเกินขับรถเร็ว จอดรถไหล่ทาง เป็นต้น ๓. การนำเสนอข้อมูลเพื่อชี้เป้าการแก้ไขในการประชุมทีมสหสาขาเพื่อผลักดันให้เกิดการแก้ไข ทั้งเชิงกายภาพ หรือการแก้ไขเชิงพฤติกรรม เช่น การขับรถย้อนศร การจอดบนไหล่ทางของรถใหญ่ การบรรทุกเกิน เช่น รถบรรทุกอ้อย เป็นต้น ๔. ระบุการแก้ไข ภาพถ่าย ตำแหน่ง ที่ตั้ง พิกัด เช่น ชื่อถนน/แยก หมู่ที่...ตำบล...อำเภอ
๖. การดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมน	๑. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชน/ศูนย์สร้างเมา ในช่วงเทศกาลหรือในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอย่างน้อย ๓ ตำบลในอำเภอ โดยมีกิจกรรมที่

กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน DHS/DC	เกณฑ์การดำเนินงานระดับดี (Good)
	กำหนด ดังนี้ ๑.๑ มีการทำประชาคม/ข้อตกลง/ธรรมนูญหมู่บ้าน ๑.๒ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับทราบมาตรการ/อบรมกลุ่มเสี่ยง/เสียงตามสาย/ติดตั้งป้ายมาตรการ ๑.๓ การเตรียมทีมผู้ปฏิบัติในด่านชุมชนเพื่อซักซ้อมแนวปฏิบัติ ๒. มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานและภาพถ่าย
๗. การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน	๑. มีการดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนในหน่วยงานภาครัฐ สถานประกอบการ โรงเรียน เป็นต้น อย่างน้อย ๓ หน่วยงาน ๑.๑ มีการทำประชาคม/ข้อตกลง/ธรรมนูญหมู่บ้าน ๑.๒ มีการระบุเป้าหมาย เช่น หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย การขับรถเร็วของรถยนต์ราชการ รถยนต์สถานประกอบการ ๑.๓ มีการติดตามประเมินผล ๒. มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานและภาพถ่าย
๘. การรณรงค์ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ ป้องกันการบาดเจ็บทางถนน	๑. มีการจัดกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ ร่วมกับสหสาขาและเครือข่ายในหน่วยงานของรัฐ สถานประกอบการ โรงเรียน ชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย ๓ ครั้ง ๒. มีภาพกิจกรรมการเกี่ยวกับการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ระบุวัน/เดือน/ปีและชื่อชุมชนหรือองค์กร หรือหน่วยงานที่ดำเนินการบริเวณเหนือหรือใต้ภาพ
๙. การขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงานในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (RTI Team ตำบล)	๑. มีการขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงาน ที่มีสมาชิกมาจากองค์การบริหารส่วนตำบล, เทศบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครของชุมชน เช่น อาสาสมัครกู้ชีพ, อปพร., อสม., ชรบ. เป็นต้น ร่วมกันเป็นทีมระดับตำบลในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (RTI Team ระดับตำบล) อย่างน้อย ๓ ทีม หรือ ๓ ตำบล ๑.๑ มีเอกสารประกอบการจัดตั้ง RTI Team ตำบล ๑.๒ มีการประชุมRTI Team ตำบล ๑.๓ มีกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของ RTI Team ตำบล ๒. มีภาพการประชุม/ภาพกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของ RTI Team ตำบล
๑๐. มีรายงานสรุปผลการดำเนินงาน	มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน ๑ ฉบับ ๑. มีการจัดทำรายงานสรุปกิจกรรมดำเนินงาน

กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน DHS/DC	เกณฑ์การดำเนินงานระดับดี (Good)
	๒. มีสรุปการติดตามประเมินผล โดยการเปรียบเทียบข้อมูลกับปีที่ผ่านมา ได้แก่ จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และเสียชีวิต เปรียบเทียบอย่างน้อย ๒ ประเด็น ในกรณีดำเนินงานไม่ครบ ๑ ปี สามารถใช้ข้อมูลถึงเดือนก่อนที่จะเข้ารับการประเมินได้ ๓. ข้อมูลที่นำมาใช้ ได้แก่ โรงพยาบาล, ตำรวจ, บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด (www.ThaiRSC.com) หรือจากการบูรณาการข้อมูล ๓ หน่วยงานได้

๑๐. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

๑) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทร๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๐ Fax ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๖๗

๑.๑) นพ.ดิเรก ขำแป้น	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
๑.๒) นางนงนุช ตันติธรรม มือถือ ๐๘ ๙๗๘๘ ๓๐๒๐	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ E-mail: nuchtt@yahoo.com
๑.๓) นายแพทย์ไผท สิงห์คำ มือถือ ๐๘ ๙๗๙๙ ๐๘๒๕	นายแพทย์ชำนาญการ E-mail: zalenxxx@gmail.com
๑.๔) นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์ มือถือ ๐๘ ๔๖๗๒ ๔๖๗๘	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail: khajohn_j@hotmail.com
๑.๕) นายศาสตรา รีพรม มือถือ ๐๘ ๔๒๗๕ ๒๗๐๖	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail:sattrar_reprom@hotmail.co.th
๑.๖) นางสาวสุธาทิพย์ ภัทรกุลวณิชย์ มือถือ ๐๘ ๑๘๑๘ ๘๙๑๕	นักวิชาการสาธารณสุข E-mail: suthathip.ncd@gmail.com
๑.๗) นางสาวชลธิชา คำสอ มือถือ ๐๘ ๙๙๒๔ ๓๙๑๕	นักวิชาการสาธารณสุข E-mail: c.kamsor@gmail.com
๑.๘) นายพานนท์ ศรีสุวรรณ มือถือ ๐๘ ๙๖๒๕ ๘๐๙๗	นักวิชาการสาธารณสุข E-mail: ppanon๐๒๕@gmail.com
๑.๙) นางสาวพรรษา สวนพุฒ มือถือ ๐๙ ๑๗๗๙ ๓๙๓๖	นักวิชาการสาธารณสุข E-mail: pansa_๓@hotmail.com

๒) สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สป. โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๑๘๕๑ โทรสาร ๐๒ ๕๙๐ ๑๗๗๑

๒.๑) นพ.กิตติ์พงศ์ สัญชาตวิรุฬห์ ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน

๒.๒) น.ส.นิตยา คณิตสาร นักวิชาการสาธารณสุข
มือถือ ๐๙๓ ๑๒๖ ๕๗๐๘ E-mail : kanitsarn@gmail.com

๒.๓) น.ส.พรสุดา คำเหลือง นักวิชาการสาธารณสุข
มือถือ ๐๙๘ ๕๘๒ ๗๗๐๙

ภาคผนวก

ปฏิทินงานตรวจราชการ ประจำปี ๒๕๖๐

กิจกรรม	กำหนดเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ขั้นที่ ๑ จัดทำแผนการตรวจราชการฯ(ต.ค. – พ.ย. ๕๙)		
๑.๑ประชุม TBM สตร. : -กำหนด/มอบหมายประธาน รองประธาน และ เลขานุการ คกต.ในแต่ละคณะ - กำหนดกรอบประเด็น แนวทางการตรวจราชการ	สัปดาห์ ๑ -๒ ต.ค. ๕๙	สตร. สตป. กรมวิชาการ
๑.๒ ประชุมร่วมกับกรม กอง เพื่อจัดทำแนวทางการตรวจราชการปี ๒๕๖๐ *(เน้นให้กรม/สำนักที่เกี่ยวข้องเตรียม Template ตัวชี้วัดและประเด็นให้พร้อม)*	๑๔ ต.ค.๕๙	สตร. สตป. กรมวิชาการ
๑.๓รวบรวมรายชื่อจัดทำคำสั่ง คกต. ๕คณะ / คกต.แต่ละคณะประชุมเพื่อกำหนดรายละเอียดประเด็น/แนวทางการตรวจราชการ	๑๗-๓๑ ต.ค.๕๙	สตป.คกต.
๑.๔ประธาน คกต. แต่ละคณะ นำเสนอ กรอบประเด็นการตรวจราชการของแต่ละคณะ ในการประชุม TBM (เพื่อพิจารณาร่วมกัน เพิ่มเติม)	๑, ๘ พ.ย.๕๙	ประธาน และเลขานุการ คกต. ๕ คณะ
๑.๕ เสนอแผนการตรวจราชการปี ๒๕๖๐ ต่อปลัดกระทรวงฯ เพื่ออนุมัติแผน	๑๐ พ.ย. ๕๙	หัวหน้าผู้ตรวจฯ
๑.๖ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม และ ผู้ร่วมทีมตรวจฯ จากเขต/จังหวัด (สป.)	๑๐ พ.ย.–๒๕ พ.ย.๕๙	สตป.
๑.๗ จัดทำคู่มือแผน-แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี ๒๕๖๐	๘-๑๕ พ.ย. ๕๙	สตป.
๑.๘ประชุมชี้แจงแผนการตรวจราชการ ประจำปี ๒๕๖๐ (Tele- Conference)	๓๐ พ.ย. ๕๙	สตร. / สตป.
๑.๙ การประชุมชี้แจงและเตรียมความพร้อมในการตรวจราชการของเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒	ธ.ค. ๕๙-ม.ค. ๖๐	เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒
๑.๑๐ กรมวิชาการและสำนักที่เกี่ยวข้องอบรมเตรียมความพร้อมของผู้ตรวจราชการกรม ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและทีมสนับสนุนการตรวจราชการ	ธ.ค. ๕๙	กรมวิชาการและสำนักใน สป.
ขั้นที่ ๒ ดำเนินการตรวจราชการฯ		
๒.๑ การตรวจราชการฯ ระดับจังหวัด (อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี) รอบที่ ๑ รอบที่ ๒	 ม.ค.-มี.ค.๖๐ มิ.ย.-ส.ค.๖๐	 ทีมตรวจราชการ ทีมตรวจราชการ
ขั้นที่ ๓ รายงานผลการตรวจราชการฯ		
๓.๑ รายงานผลการตรวจราชการฯ ปีละ ๒ รอบ		
(๑) ทีมตรวจราชการจัดทำรายงานผลการตรวจราชการเสนอต่อหัวหน้าทีมภายใน ๗ วันหลังการตรวจราชการเสร็จสิ้นในแต่ละรอบหรือแต่ละไตรมาส (ตามความเหมาะสมของประเด็นตรวจราชการ)	รอบ ๑ : ม.ค.-มี.ค.๖๐ รอบ ๒: มิ.ย.-ส.ค.๖๐	ทีมตรวจราชการ
(๒) หัวหน้าทีมตรวจราชการจัดทำรายงานสรุปผลการตรวจราชการเสนอต่อผู้บริหารภายใน ๑๕ วัน ภายหลังการตรวจราชการเสร็จสิ้นในแต่ละรอบ	รอบ ๑ : เม.ย.๖๐ รอบ ๒ : ส.ค.๖๐	ผู้ตรวจราชการกระทรวง

กิจกรรม	กำหนดเวลา	ผู้รับผิดชอบ
(๓) หัวหน้างานตรวจราชการรวบรวมรายงานตรวจราชการ (ตก.๑,๒,๓) ส่งให้สำนักตรวจและประเมินผล เพื่อส่งให้ คกต.๕ คณะ ประมวลผลในภาพรวมประเทศ	รอบ ๑ ภายใน ๓๐ เม.ย.๖๐ รอบ ๒ ภายใน ๓๐ ส.ค. ๖๐	หัวหน้างานตรวจราชการ
(๔) สำนักตรวจและประเมินผล รวบรวมรายงาน เพื่อประมวลผลในภาพรวมประเทศ	รอบ ๑ : เม.ย.๖๐ รอบ ๒ : ส.ค.๖๐	สตป.
(๕) คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ (คกต.) ๕ คณะ พิจารณากลั่นกรอง ประมวล สรุป และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย จากผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ	รอบ ๑ : เม.ย.-พ.ค.๖๐ รอบ ๒ : ส.ค.-ก.ย.๖๐	คกต.
๓.๒ ประชุมสรุปผลการตรวจราชการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (*<u>หมายเหตุ</u> สรุปผลรอบที่ ๑ จัดภายในกระทรวงฯ* *สรุปผลรอบที่ ๒ จัดภายนอก โดย ช่วงเช้าเป็นการนำเสนอสรุปผลของแต่ละคณะ (ปลัดเป็นประธาน) และช่วงบ่ายเป็นการชี้แจงนโยบายกสธ. ปี ๒๕๖๑ ของ สนย. (รมว. เป็นประธาน)*	รอบ ๑ : ๑๕ พ.ค.๖๐ รอบ ๒ : ๑๑ ก.ย.๖๐	สตป. สตป. สนย.
๓.๓ เสนอข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร	รอบ ๑ : พ.ค.๖๐ รอบ ๒ : ก.ย.๖๐	สตป.
๓.๔ จัดทำเอกสารสรุปผลการตรวจราชการฯปีงบประมาณ ๒๕๖๐และเผยแพร่	รอบ ๑ : มิ.ย.๖๐ รอบ ๒ : พ.ย.๖๐	คกต./สตป.
๔. การขับเคลื่อนระบบตรวจราชการ		
๔.๑ ทบทวนและปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	๓-๑๐ ต.ค. ๕๙	สตป.
๔.๒ ประชุมคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ **<u>หมายเหตุ</u>** ประเด็นสำคัญที่ขับเคลื่อน ได้แก่ ๑. ระบบการจัดทำแผนแนวทางการตรวจราชการ ๒. ระบบการรายงานผลการตรวจราชการ (ระบบสนับสนุนการตรวจราชการ - การจัดเตรียมทีมและเตรียมความพร้อมของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ/ผู้นิเทศงาน ของกรม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - การพัฒนาศักยภาพผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ/สนับสนุนการตรวจราชการ (ดำเนินการโดย สตป.) - การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการตรวจราชการ	เดือนละ ๑ ครั้ง	สตป.คกก. ขับเคลื่อนฯ
๕. M&E งานนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข(๑-๒เรื่อง)	**เม.ย. – พ.ค. ๖๐**	
- ดำเนินการหลังจากเสร็จสิ้นการตรวจราชการรอบที่ ๑ - สธน.เป็นหัวหน้าทีมร่วมกับนักวิชาการจากกรมที่เกี่ยวข้อง และสตป. ตรวจประเมินพื้นที่ (ไขว้เขต) - เพื่อเป็นการกระตุ้น ติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินงาน - ดำเนินการในพื้นที่ เขตละ ๑ จังหวัด จังหวัดละ ๑ วัน - ผล M&E นำเสนอร่วมในการสรุปผลตรวจรอบ ๑		**สตร. CIPO** **สตป.** **กรมวิชาการ**

กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ รอบที่ ๑ และ ๒

เขตสุขภาพที่	จังหวัด	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๑	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๒
๑	พะเยา	๑๖ - ๑๘ มกราคม ๒๕๖๐	๑๒ – ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๐
	เชียงราย	๑๘ - ๒๐ มกราคม ๒๕๖๐	๑๔ – ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
	แม่ฮ่องสอน	๒๔ – ๒๗ มกราคม ๒๕๖๐	๒๐ – ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐
	น่าน	๓๐ มกราคม – ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๖ – ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๐
	แพร่	๑ – ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๘ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
	เชียงใหม่	๖ – ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๓ – ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	ลำพูน	๘ - ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๕ – ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	ลำปาง	๑๕ – ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๑๒ – ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐
๒	ตาก	๑๑-๑๓ มกราคม ๒๕๖๐	
	เพชรบูรณ์	๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๐	
	พิษณุโลก	๒๕-๒๗ มกราคม ๒๕๖๐	
	สุโขทัย	๘-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	
	อุตรดิตถ์	๑๕-๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	
๓	กำแพงเพชร	๗-๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๖-๘ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ชัยนาท	๑๔-๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๑๓-๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๐
	นครสวรรค์	๒๑-๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๐-๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๐
	พิจิตร	๗-๙ มีนาคม ๒๕๖๐	๒๗-๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๐
	อุทัยธานี	๑๔-๑๖ มีนาคม ๒๕๖๐	๔-๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐
๔	สระบุรี	๒๕-๒๗ มกราคม ๒๕๖๐	๒๔-๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐
	ลพบุรี	๘-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๓๑ พฤษภาคม-๒ มิถุนายน ๒๕๖๐
	อ่างทอง	๑-๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๗-๙ มิถุนายน ๒๕๖๐
	สิงห์บุรี	๑๕-๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๑๔-๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
	นครนายก	๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๑-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐
	พระนครศรีอยุธยา	๑-๓ มีนาคม ๒๕๖๐	๕-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	นนทบุรี	๘-๑๐ มีนาคม ๒๕๖๐	๑๒-๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	ปทุมธานี	๑๕-๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐	๑๙-๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐
๕	ประจวบคีรีขันธ์	๑๗-๑๙ มกราคม ๒๕๖๐	๒-๔ สิงหาคม ๒๕๖๐
	สุพรรณบุรี	๒๕-๒๗ มกราคม ๒๕๖๐	๑๔-๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
	สมุทรสงคราม	๑-๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๑-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ราชบุรี	๘-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๘-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
	นครปฐม	๑๕-๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๕-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	สมุทรสาคร	๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๑๒-๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	เพชรบุรี	๑-๓ มีนาคม ๒๕๖๐	๑๙-๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	กาญจนบุรี	๘-๑๐ มีนาคม ๒๕๖๐	๒๖-๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เขตสุขภาพที่	จังหวัด	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๑	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๒
๖	สระแก้ว	๔-๖ มกราคม ๒๕๖๐	๗-๙ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ปราจีนบุรี	๑๑-๑๓ มกราคม ๒๕๖๐	๑๔-๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ชลบุรี	๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๐	๒๑-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ระยอง	๒๕-๒๗ มกราคม ๒๕๖๐	๕-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	ฉะเชิงเทรา	๘-๑๐กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๑๒-๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	ตราด	๑๕-๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๑๙-๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	สมุทรปราการ	๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๖-๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	จันทบุรี	๘-๑๐ มีนาคม ๒๕๖๐	๒-๔ สิงหาคม ๒๕๖๐
๗	มหาสารคาม	๑-๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๗-๙ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ร้อยเอ็ด	๘-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๑-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐
	กาฬสินธุ์	๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๕-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	ขอนแก่น	๑-๓ มีนาคม ๒๕๖๐	๑๒-๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐
๘	นครพนม	๑๑-๑๓ มกราคม ๒๕๖๐	๗-๙ มิถุนายน ๒๕๖๐
	สกลนคร	๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๐	๑๔-๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
	เลย	๒๕-๒๗ มกราคม ๒๕๖๐	๒๑-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐
	บึงกาฬ	๘-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๕-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	หนองบัวลำภู	๑๕-๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๑๒-๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	หนองคาย	๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๑๙-๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	อุดรธานี	๑-๓ มีนาคม ๒๕๖๐	๒๖-๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐
๙	สุรินทร์	๘-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๑-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ชัยภูมิ	๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๘-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
	บุรีรัมย์	๑-๓ มีนาคม ๒๕๖๐	๕-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	นครราชสีมา	๘-๑๐ มีนาคม ๒๕๖๐	๑๒-๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐
๑๐	มุกดาหาร	๒๕-๒๗ มกราคม ๒๕๖๐	๗-๙ มิถุนายน ๒๕๖๐
	อำนาจเจริญ	๒๒ – ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๑๔-๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ยโสธร	๘ - ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๐	๒๑-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ศรีสะเกษ	๑๕-๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐	๕-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	อุบลราชธานี	๒๒-๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐	๑๒-๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐
๑๑	กระบี่	๒๕ – ๒๗ มกราคม ๒๕๖๐	๑๔ – ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
	พังงา	๑ – ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๑ – ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ภูเก็ต	๘ – ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒๘ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ระนอง	๑๕ – ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๕ – ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	นครศรีธรรมราช	๒๒ – ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๑๒ – ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	สุราษฎร์ธานี	๑ – ๓ มีนาคม ๒๕๖๐	๑๙ – ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	ชุมพร	๘ – ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๐	๒๖ – ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เขตสุขภาพที่	จังหวัด	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๑	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๒
๑๒	นราธิวาส	๑๑-๑๓ มกราคม ๒๕๖๐	๗-๙ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ยะลา	๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๐	๑๔-๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
	ปัตตานี	๒๕-๒๗ มกราคม ๒๕๖๐	๒๑-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐
	พัทลุง	๘-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๕-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	สตูล	๑๕-๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๒-๔ สิงหาคม ๒๕๖๐
	ตรัง	๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๑๒-๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐
	สงขลา	๑-๓ มีนาคม ๒๕๖๐	๑๙-๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

หมายเหตุ : กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

แบบรายงานผลการตรวจราชการปี ๒๕๖๐

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ .....

หัวข้อ.....

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

.....

๒. สถานการณ์

.....

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด** - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
		เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
		เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ .....

หัวข้อ.....

เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

.....

๒. สถานการณ์

.....

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	**ภาพรวมเขต** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	*(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)* **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
		เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		อัตรา/ร้อยละ					
		เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		อัตรา/ร้อยละ					

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

คำชี้แจงเกี่ยวกับการลงข้อมูลตามตารางในแบบ ตก. ๑ และ ๒

ตารางในแบบ ตก.๑

A

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด** - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
		เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
		เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						

เนื่องจากช่วงเวลาการออกตรวจในพื้นที่ รอบที่ ๑ จะอยู่ในช่วงไตรมาสที่ ๒ แล้ว จึงกำหนดให้ลงค่าผลงานของไตรมาส ๑ ด้วย (คอลัมน์ A) เพื่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ซึ่งสามารถใช้ประโยชน์ในการติดตามงานตาม PA ด้วย ส่วนการลงพื้นที่ในรอบที่ ๒ ก็มีกำหนดในช่วงไตรมาสที่ ๓ จึงใช้ข้อมูล ไตรมาสที่ ๒ เป็นตัวเปรียบเทียบ

ตารางในแบบ ตก.๒

B

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	**ภาพรวมเขต** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	***(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)*** **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
		เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		อัตรา/ร้อยละ					
		เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		อัตรา/ร้อยละ					

การสรุปภาพรวมเขต ตามแบบ ตก. ๒ กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์

- รอบ ๑ กำหนดการสรุปใช้ข้อมูลรอบ ๖ เดือน โดยมีข้อมูลไตรมาส ๑ เป็นข้อมูลเปรียบเทียบ

- รอบ ๒ กำหนดการสรุปใช้ข้อมูลรอบ ๙ เดือน โดยมีข้อมูลไตรมาส ๒ เป็นข้อมูลเปรียบเทียบ

เป้าหมาย หมายถึง จำนวนค่าของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะนำมาประกอบในการประมวลผลตัวชี้วัด
ผลงาน หมายถึง จำนวนเป้าหมายที่ผ่านตามเกณฑ์/เงื่อนไขที่กำหนด
ร้อยละ/ อัตรา หมายถึง ค่าจากการประมวลผลตัวชี้วัดนั้น

ตัวอย่าง ตัวชี้วัด "การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๖.๕ ต่อแสนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี"
เป้าหมาย คือ จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีทั้งหมดในพื้นที่
ผลงาน คือ จำนวนเด็กต่ำกว่า ๑๕ ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ
ประมวลผล : อัตราต่อแสนประชากร (ผลงาน / เป้าหมาย * ๑๐๐,๐๐๐)

แบบ ตก. ๓

แบบรายงานข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐
เขตตรวจราชการที่ ..... รอบที่..... จังหวัด.....

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ	ผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
เขตสุขภาพที่.....
วันที่.....

แบบรายงานการตรวจราชการ

คณะที่ ๑

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด (ตก.๑) ระดับเขต (ตก.๒)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ กลุ่มเด็กสตรีและเด็กปฐมวัย
.....

คำชี้แจงเกี่ยวกับการลงข้อมูลตามตารางในแบบ ตก. ๑ และ ๒

ตารางในแบบ ตก.๑

A

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด - <u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **- <u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
๑.	อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			อัตราส่วน						
๒.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๓.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๔.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ANC แนวใหม่ตามข้อแนะนำ WHO	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด - <u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **- <u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
๕.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามชุดสิทธิประโยชน์	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๖.	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ ๖๕	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๗.	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	ไม่เกินร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๘.	ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						

หมายเหตุ : จังหวัดเตรียมข้อมูลเพื่อรับการตรวจราชการ ไม่ต้องส่งข้อมูลให้ส่วนกลาเพื่อใช้วิเคราะห์การดำเนินงาน

เนื่องจากช่วงเวลาการออกตรวจในพื้นที่ รอบที่ ๑ จะอยู่ในช่วงไตรมาสที่ ๒ แล้ว จึงกำหนดให้ลงค่าผลงานของไตรมาส ๑ ด้วย (คอลัมน์ A) เพื่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบความก้าวหน้าของการดำเนินงานซึ่งสามารถใช้ประโยชน์ในการติดตามงานตาม PA ด้วย ส่วนการลงพื้นที่ในรอบที่ ๒ ก็มีกำหนดในช่วงไตรมาสที่ ๓ จึงใช้ข้อมูล ไตรมาสที่ ๒ เป็นตัวเปรียบเทียบ

ตารางในแบบ ตก.๒

B

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	**ภาพรวมเขต** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	*(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)* **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
๑.	อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			อัตราส่วน					
๒.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๓.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๔.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ANC แนวใหม่ตามข้อแนะนำ WHO	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๕.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามชุดสิทธิประโยชน์	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	**ภาพรวมเขต** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	*(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)* **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
๖.	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ ๖๕	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๗.	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	ไม่เกินร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๘.	ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					

การสรุปภาพรวมเขต ตามแบบ ตก. ๒ กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์

- รอบ ๑ กำหนดการสรุปใช้ข้อมูลรอบ ๖ เดือน โดยมีข้อมูลไตรมาส ๑ เป็นข้อมูลเปรียบเทียบ

- รอบ ๒ กำหนดการสรุปใช้ข้อมูลรอบ ๙ เดือน โดยมีข้อมูลไตรมาส ๒ เป็นข้อมูลเปรียบเทียบ

เป้าหมาย หมายถึง จำนวนค่าของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะนำมาประกอบในการประมวลผลตัวชี้วัด

ผลงาน หมายถึง จำนวนเป้าหมายที่ผ่านตามเกณฑ์/เงื่อนไขที่กำหนด

ร้อยละ/ อัตรา หมายถึง ค่าจากการประมวลผลตัวชี้วัดนั้น

<u>ตัวอย่าง</u> ตัวชี้วัด “อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน”

<u>เป้าหมาย</u> คือ จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

<u>ผลงาน</u> คือ จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอดภายใน ๔๒ วัน ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด

<u>ประมวลผล</u>: อัตราต่อแสนประชากร (ผลงาน / เป้าหมาย * ๑๐๐,๐๐๐)

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค
หัวข้อการพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)
จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๒. สถานการณ์

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	อำเภอ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด - <u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **- <u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
๑.	อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			อัตราส่วน						
๒.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๓.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๔.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ANC แนวใหม่ตามข้อแนะนำ WHO	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๕.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามชุดสิทธิประโยชน์	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๖.	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ ๖๕	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๗.	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	ไม่เกินร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	อำเภอ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด - <u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **- <u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๘.	ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						

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

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
๑.การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	๑.๑ มีการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ๑.๒ ใช้กลไกการขับเคลื่อนโดยMCHboard ร่วมกับ Service plan วิเคราะห์ วางแผนงานโครงการ การกำกับ ติดตามงาน ปรับแผนฯตามสภาพปัญหาพื้นที่ ๑.๓ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กโดยอบรมทีมประเมินมาตรฐานและผู้ปฏิบัติANC&LR ๑.๔ การจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์		
๒.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๒.๑ จังหวัดมีการรายงาน/สืบสวนสาเหตุการตายมารดาโดยใช้แบบฟอร์ม ก๑-CE และการจัดทำ Conference caseวิเคราะห์แก้ปัญหา รวมถึงการส่งกลับข้อมูลสู่หน่วยบริการและศูนย์อนามัยภายใน ๓๐ วัน ๒.๒ มีข้อมูลการตายมารดา และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและวางแผนงาน ๒.๓.มีรายงานการตายมารดา สาเหตุ การ		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
	วางแผนแก้ไขปัญหาที่เป็นปัจจุบัน		
๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	๓.๑ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการฝากครรภ์และห้องคลอด ตามมาตรฐานโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ๓.๒ การจัดการความเสี่ยงเพื่อลดการตายมารดา - ห้องคลอดใช้ถุงตวงเลือดทุกราย - มีคลังเลือดที่มีประสิทธิภาพเปิดให้บริการ ๒๔ ชั่วโมง หรือมีระบบเครือข่ายในการหาเลือด - มียาจำเป็นสำหรับห้องคลอด ๓ ตัว ได้แก่ oxytocin methergincytotec ๓.๓ การคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และหญิงคลอดและการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษา ๓.๔ หญิงตั้งครรภ์/คลอดที่มีภาวะเสี่ยง ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมหลังคลอด ๓.๕.สนับสนุนการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ ตามโครงการฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
๔.ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	๔.๑ ส่งเสริมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ๔.๒ จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง .		
๕.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของครอบครัวชุมชน	๕.๑ ทีมหมอครอบครัว (FCT) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ส่งฝากท้องทันที และแนะนำกินยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก โฟลิค เริ่มที่ไตรมาสแรก ๕.๒ ชุมชน ท้องถิ่นมีส่วนร่วมโดยจัดทำแผนพัฒนาแม่และเด็กองค์รวมในระดับตำบล ๕.๓ มีแผนการประชาสัมพันธ์สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้น เรื่องฝากท้องเร็ว โภชนาการ ภาวะเสี่ยงฯ ๕.๔ สามี/ญาติร่วมเข้าโรงเรียนพ่อแม่เพื่อการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์		

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑.การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน			
๒.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง			
๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ			
๔.ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ			

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๕.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของครอบครัวชุมชน			

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค
หัวข้อการพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)
เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

อัตราส่วนการตายมารดา ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๒. สถานการณ์

.....
.....
.....
.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	**ภาพรวมเขต** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	*(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)* **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
๑.	อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			อัตราส่วน					
๒.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๓.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๔.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ANC แนวใหม่ตามข้อแนะนำ WHO	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๕.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามชุดสิทธิประโยชน์	ร้อยละ ๖๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๖.	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ ๖๕	เป้าหมาย					
			ผลงาน					

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เกณฑ์เป้าหมาย | รายการข้อมูล | **จว.๑**
<u>รอบ ๑</u>
ข้อมูล ๖ เดือน
ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐
<u>รอบ ๒</u>
ข้อมูล ๙ เดือน
ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐ | **จว.๑**
<u>รอบ ๑</u>
ข้อมูล ๖ เดือน
ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐
<u>รอบ ๒</u>
ข้อมูล ๙ เดือน
ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐ | จว.
.....
.....
.....

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
๑.การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	๑.๑ มีการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ๑.๒ ใช้กลไกการขับเคลื่อนโดย MCHboard ร่วมกับ Service plan วิเคราะห์ วางแผนงานโครงการ การกำกับ ติดตามงาน ปรับแผนฯตามสภาพปัญหาพื้นที่ ๑.๓ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กโดยอบรมทีมประเมินมาตรฐานและผู้ปฏิบัติANC&LR ๑.๔ การจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์		
๒.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๒.๑ จังหวัดมีการรายงาน/สืบสวนสาเหตุการตายมารดาโดยใช้แบบฟอร์ม ก๑-CEและการจัดทำ Conference caseวิเคราะห์แก้ปัญหา รวมถึงการส่งกลับข้อมูลสู่หน่วยบริการและศูนย์อนามัยภายใน ๓๐ วัน		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
	๒.๒ มีข้อมูลการตายมารดา และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและวางแผนงาน ๒.๓ มีรายงานการตายมารดา สาเหตุ การวางแผนแก้ไขปัญหาที่เป็นปัจจุบัน		
๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	๓.๑ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการฝากครรภ์และห้องคลอด ตามมาตรฐานโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ๓.๒ การจัดการความเสี่ยงเพื่อลดการตายมารดา -ห้องคลอดใช้ถุงตวงเลือดทุกราย - มีคลังเลือดที่มีประสิทธิภาพเปิดให้บริการ ๒๔ ชั่วโมง หรือมีระบบเครือข่ายในการหาเลือด - มียาจำเป็นสำหรับห้องคลอด ๓ ตัว ได้แก่ oxytocin methergincytotec ๓.๓ การคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และหญิงคลอดและการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษา ๓.๔ หญิงตั้งครรภ์/คลอดที่มีภาวะเสี่ยง ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมหลังคลอด ๓.๕ สนับสนุนการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ ตามโครงการฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
๔.ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	๔.๑ ส่งเสริมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ๔.๒ จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง		
๕.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของครอบครัวชุมชน	๕.๑ ทีมหมอครอบครัว (FCT) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ส่งฝากท้องทันที และแนะนำกินยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก โฟลิค เริ่มที่ไตรมาสแรก ๕.๒ ชุมชน ท้องถิ่นมีส่วนร่วมโดยจัดทำแผนพัฒนาแม่และเด็กองค์รวมในระดับตำบล ๕.๓ มีแผนการประชาสัมพันธ์สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้น เรื่องฝากท้องเร็ว โภชนาการ ภาวะเสี่ยงฯ ๕.๔ สามี/ญาติร่วมเข้าโรงเรียนพ่อแม่เพื่อการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์		

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑.การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน			
๒.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง			
๓.พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ			
๔.ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ			
๕.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของครอบครัว ชุมชน			

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด (ตก.๑) ระดับเขต (ตก.๒)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ กลุ่มเด็กปฐมวัย ๐-๕ ปี
.....

คำชี้แจงเกี่ยวกับการลงข้อมูลตามตารางในแบบ ตก. ๑ และ ๒

ตารางในแบบ ตก.๑

A

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	อำเภอ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด - <u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **- <u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
๑.	ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย		เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๒.	ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๓.	ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือนหมายถึง เด็กที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้าได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	อำเภอ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด - <u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **- <u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
๔.	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกินร้อยละ ๗	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๕.	ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดระหว่างคลอด	ไม่เกิน ๒๕ ต่อการเกิดมีชีพพันคน	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			อัตราส่วน						
๖.	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	ไม่เกิน ๕ : ๑๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			อัตราส่วน						
๗.	ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๘.	ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						

หมายเหตุ : จังหวัดเตรียมข้อมูลเพื่อรับการตรวจราชการ ไม่ต้องส่งข้อมูลให้ส่วนกลาเพื่อใช้วิเคราะห์การดำเนินงาน

เนื่องจากช่วงเวลาการออกตรวจในพื้นที่ รอบที่ ๑ จะอยู่ในช่วงไตรมาสที่ ๒ แล้ว จึงกำหนดให้ลงค่าผลงานของไตรมาส ๑ ด้วย (คอลัมน์ A) เพื่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบความก้าวหน้าของการดำเนินงานซึ่งสามารถใช้ประโยชน์ในการติดตามงานตาม PA ด้วย ส่วนการลงพื้นที่ในรอบที่ ๒ ก็มีกำหนดในช่วงไตรมาสที่ ๓ จึงใช้ข้อมูล ไตรมาสที่ ๒ เป็นตัวเปรียบเทียบ

ตารางในแบบ ตก.๒

B

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	**ภาพรวมเขต** **<u>รอบ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	***(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)*** **ภาพรวมเขต** **-<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **-<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
๑.	ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย		เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๒.	ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๓.	ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือนหมายถึง เด็กที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้าได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๔.	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกินร้อยละ ๗	เป้าหมาย					
			ผลงาน					

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	**ภาพรวมเขต** **<u>รอบ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	*(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)* **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
			ร้อยละ					
๕.	ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดระหว่างคลอด	ไม่เกิน ๒๕ ต่อการเกิดมีชีพพันคน	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			อัตราส่วน					
๖.	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	ไม่เกิน ๕ : ๑๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			อัตราส่วน					
๗.	ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๘.	ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					

การสรุปภาพรวมเขต ตามแบบ ตก. ๒ กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์

- รอบ ๑ กำหนดการสรุปใช้ข้อมูลรอบ ๖ เดือน โดยมีข้อมูลไตรมาส ๑ เป็นข้อมูลเปรียบเทียบ

- รอบ ๒ กำหนดการสรุปใช้ข้อมูลรอบ ๙ เดือน โดยมีข้อมูลไตรมาส ๒ เป็นข้อมูลเปรียบเทียบ

เป้าหมาย หมายถึง จำนวนค่าของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะนำมาประกอบในการประมวลผลตัวชี้วัด
ผลงาน หมายถึง จำนวนเป้าหมายที่ผ่านตามเกณฑ์/เงื่อนไขที่กำหนด
ร้อยละ/ อัตรา หมายถึง ค่าจากการประมวลผลตัวชี้วัดนั้น
ตัวอย่าง ตัวชี้วัด “อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน”
เป้าหมาย คือ จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
ผลงาน คือ จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอดภายใน ๔๒ วัน ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด
ประมวลผล: อัตราต่อแสนประชากร (ผลงาน / เป้าหมาย * ๑๐๐,๐๐๐)

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค
หัวข้อการพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)
จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการเด็กสมวัย

๒. สถานการณ์

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด - <u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **- <u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
๑.	ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย		เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๒.	ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๓.	ร้อยละของเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือนหมายถึง เด็กที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้าได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๔.	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกินร้อยละ ๗	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๕.	ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดระหว่างคลอด	ไม่เกิน ๒๕ ต่อการเกิดมีชีพพันคน	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			อัตราส่วน						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด - <u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **- <u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
๖.	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	ไม่เกิน ๕ : ๑๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			อัตราส่วน						
๗.	ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						
๘.	ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑	เป้าหมาย						
			ผลงาน						
			ร้อยละ						

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

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	**แนวทางการตรวจ ติดตาม**	**สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)**	**ผลลัพธ์ (small success)**
๑.ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน	๑.๑ มีกลไกการขับเคลื่อนโดย MCHboard ประชุม ร่วมกับ Service plan สาขาเด็กและคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยจังหวัด เพื่อวิเคราะห์ วางแผนและขับเคลื่อนการ		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
	ส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทุก ๓ เดือน ๑.๒ ใช้กลไกของ DHS สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการพัฒนาเด็กอย่างองค์รวม ๑.๓ พัฒนาศักยภาพบุคลากร - อบรมนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำโรงพยาบาล - อบรมหลักสูตรครูพี่เลี้ยงเด็ก - อบรมหลักสูตรมิสนมแม่โรงพยาบาลชุมชน - อบรมหลักสูตรนักสื่อสารตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ๑.๔ มีการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
๒.ระบบบริการที่มีคุณภาพ	๒.๑ หน่วยบริการฯทุกระดับให้บริการ ตามชุดสิทธิประโยชน์ เข้าถึง เท่าเทียม และสอดคล้องกับมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ๒.๒ มีการจัดหน่วยบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีเคลื่อนสู่ชุมชน และศูนย์เด็กเล็ก ๒.๓ จัดระบบการให้ความรู้ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ เน้นให้พ่อแม่ สามารถเฝ้าระวังพัฒนาการ การเจริญเติบโตและการเจ็บป่วยของลูก โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและคู่มือดูแลสุขภาพของลูกและบันทึกข้อมูลสุขภาพลูก ๒.๔ ประเมินตนเองตามมาตรฐาน WCC และศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ส่งทีมประเมินมาตรฐานระดับจังหวัดประเมินซ้ำ ส่งผลการประเมินฯไปยังทีมศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมินและรับรองมาตรฐานฯ ๒.๕ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
๓.การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัย	๓.๑ มีแผนการสอนพ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก (โรงเรียนพ่อแม่) การเลี้ยงดูเด็กด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า ในหน่วยบริการฯ ทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็กโรงเรียนอนุบาล และครอบครัว ด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๓.๒ จังหวัดมีการจัดมหกรรมชวนลูกเล่นตามรอยพระยุคลบาท ๓.๓ มีกิจกรรมการสื่อสารสังคมด้วยสื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้น การเลี้ยงดูเด็กด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า ๓.๔ ทีมหมอครอบครัว (FCT)เยี่ยมบ้านค้นหาเด็ก ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือนสงต่อเข้ารับการประเมินพัฒนาการเด็กพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าขึ้นทะเบียนกระตุ้นพัฒนาการ		
๔.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๔.๑ ประเมินพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (ทารกแรกเกิดน้ำหนัก≥๒,๕๐๐กรัม และทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน) โดยใช้คู่มือประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กกลุ่ม		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
	เสี่ยง (DAIM) ๔.๒ มีการรวบรวมข้อมูลบริการจาก ๔๓ แฟ้มสรุปวิเคราะห์ ๓ เดือน มีข้อมูลปัญหาสุขภาพของเด็ก ใช้ประกอบวิเคราะห์ วางแผนแก้ปัญหาและการป้องกัน ได้แก่ ๑) ทารกคลอดก่อนกำหนด ๒) ทารกแรกเกิดน้ำหนัก≥๒,๕๐๐กรัม ๓) ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ๔) อัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ๕) พัฒนาการเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า, การแก้ไขพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า ๖) ภาวะโภชนาการ ๗) สุขภาพช่องปาก ๘) การได้รับวัคซีนตามวัย เป็นต้น ๔.๔ มีสถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยปี ๒๕๕๙ โดยการสำรวจศูนย์อนามัยร่วมจังหวัด		

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑.ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน			
๒.ระบบบริการที่มีคุณภาพ			
๓.การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัย			
๔.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง			

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค
หัวข้อการพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)
เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการเด็กสมวัย

๒. สถานการณ์

.....
.....
.....
.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เกณฑ์เป้าหมาย | รายการข้อมูล | **จว.๑**
<u>รอบ ๑</u>
ข้อมูล ๖ เดือน
ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐
<u>รอบ ๒</u>
ข้อมูล ๙ เดือน
ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐ | **จว.๑**
<u>รอบ ๑</u>
ข้อมูล ๖ เดือน
ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐
<u>รอบ ๒</u>
ข้อมูล ๙ เดือน
ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐ | จว.
.....
.....
.....

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รายการข้อมูล	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	**ภาพรวมเขต** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	***(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)*** **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙– มี.ค.๖๐)
	ระหว่างคลอด	มีชีพพันคน	ผลงาน					
			อัตราส่วน					
๖.	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	ไม่เกิน ๕ : ๑๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			อัตราส่วน					
๗.	ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					
๘.	ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑	เป้าหมาย					
			ผลงาน					
			ร้อยละ					

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
๑.ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน	๑.๑ มีกลไกการขับเคลื่อนโดย MCHboard ประชุม ร่วมกับ Service plan สาขาเด็กและคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยจังหวัด เพื่อวิเคราะห์ วางแผนและขับเคลื่อนการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทุก ๓ เดือน ๑.๒ ใช้กลไกของ DHS สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการพัฒนาเด็กอย่างองค์รวม ๑.๓ พัฒนาศักยภาพบุคลากร - อบรมนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำโรงพยาบาล - อบรมหลักสูตรครูพี่เลี้ยงเด็ก - อบรมหลักสูตรมิสนมแม่โรงพยาบาลชุมชน		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
	- อบรมหลักสูตรนักสื่อสารตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ๑.๔ มีการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง		
๒.ระบบบริการที่มีคุณภาพ	๒.๑ หน่วยบริการฯทุกระดับให้บริการ ตามชุดสิทธิประโยชน์ เข้าถึง เท่าเทียม และสอดคล้องกับมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ๒.๒ มีการจัดหน่วยบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีเคลื่อนสู่ชุมชน และศูนย์เด็กเล็ก ๒.๓ จัดระบบการให้ความรู้ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ เน้นให้พ่อแม่ สามารถเฝ้าระวังพัฒนาการ การเจริญเติบโตและการเจ็บป่วยของลูก โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและคู่มือดูแลสุขภาพของลูกและบันทึกข้อมูลสุขภาพลูก ๒.๔ ประเมินตนเองตามมาตรฐาน WCC และศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ส่งทีมประเมินมาตรฐานระดับจังหวัดประเมินซ้ำ ส่งผลการประเมินฯไปยังทีมศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมินและรับรองมาตรฐานฯ		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
	๒.๕ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย		
๓.การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัย	๓.๑ มีแผนการสอนพ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก (โรงเรียนพ่อแม่) การเลี้ยงดูเด็กด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า ในหน่วยบริการฯ ทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็กโรงเรียนอนุบาล และครอบครัว ด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๓.๒ จังหวัดมีการจัดมหกรรมชวนลูกเล่นตามรอยพระยุคลบาท ๓.๓ มีกิจกรรมการสื่อสารสังคมด้วยสื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้น การเลี้ยงดูเด็กด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า ๓.๔ ทีมหมอครอบครัว (FCT) เยี่ยมบ้านค้นหาเด็ก ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือนสงต่อเข้ารับการประเมินพัฒนาการเด็กพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าขึ้นทะเบียนกระตุ้น		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
	พัฒนาการ		
๔.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๔.๑ ประเมินพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (ทารกแรกเกิดน้ำหนัก≥๒,๕๐๐ กรัม และทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน) โดยใช้คู่มือประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) ๔.๒ มีการรวบรวมข้อมูลบริการจาก ๔๓ แฟ้มสรุปวิเคราะห์ ๓ เดือน มีข้อมูลปัญหาสุขภาพของเด็ก ใช้ประกอบวิเคราะห์ วางแผนแก้ปัญหาและการป้องกัน ได้แก่ ๑) ทารกคลอดก่อนกำหนด ๒) ทารกแรกเกิดน้ำหนัก≥๒,๕๐๐กรัม ๓) ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ๔) อัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ๕) พัฒนาการเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า, การแก้ไขพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า ๖) ภาวะโภชนาการ ๗) สุขภาพช่องปาก ๘) การได้รับวัคซีนตามวัย เป็นต้น		

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	สรุปประเด็นสำคัญ (ผลการดำเนินงาน/กลไกลการดำเนินงาน/ความเสี่ยงจากการตรวจติดตาม)	ผลลัพธ์ (small success)
	๔.๔ มีสถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยปี ๒๕๕๙ โดยการสำรวจศูนย์อนามัยร่วมจังหวัด		

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑.ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน			
๒.ระบบบริการที่มีคุณภาพ			
๓.การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และ			

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัย			
๔.การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง			

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตก. ๑ : รายงานระดับจังหวัด

แบบรายงานการตรวจราชการ

จังหวัด..... เขตบริการสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

.....

ประเด็นการตรวจราชการ : เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง

๒. การคัดกรอง ส่งต่อ การจัดการแก้ไขปัญหา และคุณภาพข้อมูลจากระบบ HDC

ส่วนที่ ๑ ข้อสังเกตที่พบ/ ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ประเด็น/หัวข้อ (๑)	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค (๒)	ข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยรับตรวจ (๓)	ข้อเสนอแนะ ต่อส่วนกลางหรือผู้บริหาร (๔)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑. ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง				
๑.	เขตสุขภาพและจังหวัดมีการถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนและการแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มสี่ยงให้แก่พื้นที่			
๒.	แผนงานโครงการส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน และการแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มสี่ยง โดย PM วัยเรียนจังหวัด หรือ PM วัยเรียนอำเภอ			
๓.	การถ่ายทอดโปรแกรมนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher: SKC) สู่โรงเรียนเป้าหมายและสถานบริการสาธารณสุข			
๔.	การรณรงค์และสื่อสารในพื้นที่ ๔.๑ การดื่มนมทุกวันอย่างน้อย วันละ ๒ แก้ว ๔.๒ การมีกิจกรรมทางกายทุกวันอย่างน้อย ๖๐ นาที			

ลำดับ	ประเด็น/หัวข้อ (๑)	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค (๒)	ข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยรับตรวจ (๓)	ข้อเสนอแนะ ต่อส่วนกลางหรือผู้บริหาร (๔)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒. การคัดกรอง ส่งต่อ การจัดการแก้ไขปัญหา และคุณภาพข้อมูลจากระบบ HDC				
๑.	โรงเรียนที่มีเด็กภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน> ร้อยละ๑๐ คัดกรองและจัดการน้ำหนัก -เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจ obesity sign ๑) รอบคอดำ ๒) นั่งหลับ ๓) นอนกรน ๔) ประวัติเจ็บป่วยครอบครัว -การส่งต่อเข้าระบบ Service plan และคลินิก DPAC			
๒.	รายงานผลจำนวนเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อเข้าระบบ service plan			
๓.	ระบบฐานข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน และการนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่			
๔.	รายงานภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน ภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ ผ่านระบบ HDC			
๕.	การติดตามผลการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ปีละ ๒ ครั้ง -ภาคเรียนที่ ๑: พ.ค.-ก.ค. -ภาคเรียนที่ ๒: ต.ค.-ธ.ค. **เน้น** ๑) ความครอบคลุม ๒) มาตรฐานการใช้เครื่องมือและวิธีการประเมิน			

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลตามเป้าหมาย การตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ

<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด</th><th>ประเด็นการประเมินผล</th><th>ผลการดำเนินงาน</th></tr>
<tr><td>๑.</td><td>แผนงาน และกิจกรรมสำคัญ การส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ระดับจังหวัดและอำเภอ</td><td></td><td>๑.ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
<table>
<tr><th>แผนงาน</th><th>ระดับจังหวัด (ชื่อแผนงาน)</th><th>ระดับอำเภอ (ชื่อแผนงาน)</th></tr>
<tr><td>๑.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">๒.แก้ไขปัญหา</td></tr>
<tr><td>๒.๑ เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>๒.๒ เด็กผอมเตี้ย</td><td></td><td></td></tr>
</table>
๒.กิจกรรมสำคัญ/กระบวนการดำเนินงาน : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
<table>
<tr><th rowspan="2">กระบวนการ</th><th colspan="2">กิจกรรมสำคัญ</th></tr>
<tr><th>ระดับจังหวัด</th><th>ระดับอำเภอ</th></tr>
<tr><td>๑.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">๒.แก้ไขปัญหา</td></tr>
<tr><td>๒.๑ เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>๒.๒ เด็กผอมเตี้ย</td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด</th><th>ประเด็นการประเมินผล</th><th>ผลการดำเนินงาน</th></tr>
<tr><td>๒.</td><td>ภาวะโภชนาการ</td><td></td><td>
๑.ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง
ภาคเรียนที่ ..... ปีการศึกษา .....
<table>
<tr><th>จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (คน)</th><th>จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่ง นน.และวัด สส. (คน)</th><th>ความครอบคลุม (ร้อยละ)</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
๒. ภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน
<table>
<tr><th colspan="2">สูงดีสมส่วน</th><th colspan="2">เริ่มอ้วนและอ้วน</th><th colspan="2">ผอม</th><th colspan="2">เตี้ย</th></tr>
<tr><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
๓. เปรียบเทียบภาวะโภชนาการ ๒ ภาคเรียน
๓.๑ สูงดีสมส่วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ H/A) ในคนเดียวกัน)
<table>
<tr><th colspan="2">ภาคเรียนที่ ๑ (ปี พ.ศ.๕๙)</th><th colspan="2">ภาคเรียนที่ ๒ (ปี พ.ศ.๕๙)</th></tr>
<tr><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
๓.๒ ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H))
<table>
<tr><th colspan="2">ภาคเรียนที่ ๑ (ปี พ.ศ.๕๙)</th><th colspan="2">ภาคเรียนที่ ๒ (ปี พ.ศ.๕๙)</th></tr>
<tr><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
๓.๓ ภาวะผอม (น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/H))
<table>
<tr><th colspan="2">ภาคเรียนที่ ๑ (ปี พ.ศ.๕๙)</th><th colspan="2">ภาคเรียนที่ ๒ (ปี พ.ศ.๕๙)</th></tr>
<tr><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
๓.๔ ภาวะเตี้ย (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A))
<table>
<tr><th colspan="2">ภาคเรียนที่ ๑ (ปี พ.ศ.๕๙)</th><th colspan="2">ภาคเรียนที่ ๒ (ปี พ.ศ.๕๙)</th></tr>
<tr><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน (คน)</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด</th><th>ประเด็นการประเมินผล</th><th>ผลการดำเนินงาน</th></tr>
<tr><td>๓.</td><td>การคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วน กลุ่มเสี่ยง จากสถานศึกษาเข้าระบบ Service plan และคลินิก DPAC</td><td></td><td>๑.จำนวนโรงเรียนมีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง .....แห่ง
๒.เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงจากโรงเรียน (ข้อ๑) ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ จำนวน.....คน
๓.จำนวนเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงที่รับส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุข
<table>
<tr><th>รพศ./รพท. (คน)</th><th>รพช. (คน)</th><th>รพ.สต. (คน)</th><th>คลินิก DPAC (คน)</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>๔.</td><td>โรงเรียนในพื้นที่มีกระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งเน้นเพื่อเด็กสูงดีสมส่วน</td><td></td><td>
<table>
<tr><th>ประเภทโรงเรียน</th><th>จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (แห่ง)</th><th>จำนวนโรงเรียนที่มีกระบวนการ/กิจกรรมมุ่งเน้นเพื่อเด็กสูงดีสมส่วน (ดำเนินงานตาม ๕ ขั้นตอน:ตามรายละเอียดแนบท้าย) (แห่ง)</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>ประถมศึกษาและประถมศึกษาขยายโอกาส</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>มัธยมศึกษา (ม.๑-ม.-๓)</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>๕.</td><td>การคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วน กลุ่มเสี่ยง จากสถานศึกษาเข้าระบบ Service plan และคลินิก DPAC</td><td></td><td>๑.จำนวนโรงเรียนมีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง .....แห่ง
๒.เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงจากโรงเรียน (ข้อ๑) ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ จำนวน.....คน
๓.จำนวนเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงที่รับส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุข
<table>
<tr><th>รพศ./รพท. (คน)</th><th>รพช. (คน)</th><th>รพ.สต. (คน)</th><th>คลินิก DPAC (คน)</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

ส่วนที่ ๓ นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑.	
๒.	
๓.	
๔.	
๕.	

ส่วนที่ ๔ ความสำเร็จ (Key Risk Area / Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๕ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ

ส่วนที่ ๖ ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

ผู้รายงาน ชื่อ.....สกุล.....ตำแหน่ง.....โทร.....

e-mail :..... วัน / เดือน / ปี.....

(เอกสารแนบท้าย)

กระบวนการที่มุ่งเน้นเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน

ขั้นตอน	รายละเอียดกระบวนการ
๑.	โรงเรียนมีการจัดตั้งคณะกรรมการ และจัดทำแผนการส่งเสริมควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน
๒.	โรงเรียนมีฐานข้อมูลภาวะโภชนาการทุกระดับ: สูงดีสมส่วน อ้วน ผอม เตี้ย และนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหา
๓.	๓.๑ โรงเรียนมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และรายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการ ปีละ ๒ ครั้ง - รายงานรอบที่ ๑ ภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ - รายงานรอบที่ ๒ ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ ๓.๒ โรงเรียนมีการเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ (ภาคเรียนที่ ๑ และภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๙) เพื่อดูแนวโน้มของสถานการณ์ภาวะโภชนาการทั้ง ๒ ภาคเรียน
๔.	โรงเรียนมีการดำเนินการดังนี้ ๔.๑ การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน ๔.๒ การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย) ๔.๓ มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign ๑) รอบคอดำ ๒) นั่งหลับ ๓) นอนกรน ๔) ประวัติเจ็บป่วยครอบครัว และส่งต่อสถานบริการสาธารณสุข (service plan) หรือคลินิก DPAC (ตามรายละเอียดในคู่มือการคัดกรอง) ๔.๔ ติดตามและรายงานผล ส่งสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ
๕.	โรงเรียนมีรายงานจำนวนแกนนำนักเรียนด้านการจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Leader)

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๑ Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

หัวข้อ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ

๑.๒ ควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี

๑.๓ ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน

๒. สถานการณ์สภาวะช่องปากและพฤติกรรม

.....

.....

กลุ่มอายุ	ตัวชี้วัดสภาวะทันตสุขภาพ	อำเภอ....			อำเภอ....			อำเภอ....			อำเภอ....			จังหวัด.....		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๑๘ เดือน	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุ															
	ร้อยละเด็กได้รับการแปรงฟันจากผู้ปกครอง															
๓ ปี	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุ															
๖ ปี (ป.๑)	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุในฟันน้ำนม															
	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุในฟันถาวร															
๑๒ ปี	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุในฟันถาวร															
	ร้อยละเด็กฟันดีไม่มีผุ (cavity free)															
	ร้อยละเด็กมีสภาวะเหงือกอักเสบ															
	ร้อยละเด็กแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน															

หมายเหตุ : ในการตรวจราชการครั้งที่ ๒ ใช้ข้อมูล ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ..... (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวมจังหวัด** (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	**ภาพรวมจังหวัด** - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
<u>๑.กลุ่มอายุ ๐-๒ ปี</u>								
๑	ร้อยละของเด็ก๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันโดยลงมือปฏิบัติ	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
๒	ร้อยละของเด็ก ๐-๒ ปีเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
<u>วิเคราะห์มาตรการ /กิจกรรมสำคัญ</u>:								

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ..... (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด** - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
<u>๒.กลุ่มอายุ ๓-๕ ปี</u>								
๑	ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
๒	ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปีเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
๓	ร้อยละของ ศพด. มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุก	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ..... (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด** - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
	วันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	ร้อยละ						
วิเคราะห์มาตรการ /กิจกรรมสำคัญ								

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ..... (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด** - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
๓.กลุ่มอายุ ๑๒ ปี								
๑	ร้อยละของเด็กอายุ ๖ ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
๒	ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับบริการทันตกรรม	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
๓	ร้อยละของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเกิน ๕%	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
วิเคราะห์มาตรการ /กิจกรรมสำคัญ								

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๑ Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

หัวข้อ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ

๑.๒ ควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี

๑.๓ ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน

๒. สถานการณ์สภาวะช่องปากและพฤติกรรม

.....

.....

กลุ่มอายุ	ตัวชี้วัดสภาวะทันตสุขภาพ	จังหวัด....			จังหวัด....			จังหวัด....			จังหวัด....			ภาพรวมเขต		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๑๘ เดือน	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุ															
	ร้อยละเด็กได้รับการแปรงฟันจากผู้ปกครอง															
๓ ปี	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุ															
๖ ปี (ป.๑)	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุในฟันน้ำนม															
	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุในฟันถาวร															
๑๒ ปี	ร้อยละเด็กปราศจากฟันผุในฟันถาวร															
	ร้อยละเด็กฟันดีไม่มีผุ (cavity free)															
	ร้อยละเด็กมีสภาวะเหงือกอักเสบ															
	ร้อยละเด็กแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน															

หมายเหตุ : ในการตรวจราชการครั้งที่ ๒ ใช้ข้อมูล ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	จังหวัด ..... (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	**ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมเขต** - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
<u>๑.กลุ่มอายุ ๐-๒ ปี</u>								
๑	ร้อยละของเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันโดยลงมือปฏิบัติ	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
๒	ร้อยละของเด็ก ๐-๒ ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
<u>วิเคราะห์ มาตรการ /กิจกรรมสำคัญ</u>								

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	จังหวัด ..... (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	**ภาพรวมเขต** (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	**ภาพรวมเขต** - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
<u>๒.กลุ่มอายุ ๓-๕ ปี</u>								
๑	ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
๒	ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	จังหวัด ..... (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	**ภาพรวมเขต** (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	**ภาพรวมเขต** - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
๓	ร้อยละของ ศพด.มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
<u>วิเคราะห์ มาตรการ /กิจกรรมสำคัญ</u>								

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	จังหวัด ..... (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	**ภาพรวมเขต** - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
๓.กลุ่มอายุ ๑๒ ปี								
๑	ร้อยละของเด็กอายุ ๖ ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
๒	ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ ปีได้รับบริการทันตกรรม	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
๓	ร้อยละของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเกิน ๕%	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
วิเคราะห์ มาตรการ /กิจกรรมสำคัญ								

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

.....

....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

....

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

....

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

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ: อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น เน้นการสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี(Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ
หมายเหตุ: ต้องเป็นทีมใหม่จากปีที่ผ่านมา หรือทีมเดิมที่ระยะเวลาการรับรองสิ้นสุดลงและได้มีการดำเนินงานใหม่

๒. สถานการณ์

- จำนวนการจมน้ำเสียชีวิตและไม่เสียชีวิตของเด็กจำแนกรายอำเภอ
- ปัจจัยเสี่ยงต่อการจมน้ำในภาพรวมของจังหวัด
- มาตรการหรือจำนวนทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ ที่มีการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์/การตรวจติดตาม/ผลการดำเนินงาน

การตรวจติดตาม	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน (ระดับจังหวัด)
<u>รอบที่ ๑</u>		
๑. จังหวัดมีการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการจมน้ำเป็นรายอำเภอย้อนหลัง ๕ ปี ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ		☐ มีข้อมูลในเชิงปริมาณ ☐ มีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ☐ ไม่มีข้อมูล
๒. จังหวัดมีการสนับสนุน/กระตุ้น/ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ ตามองค์ประกอบผู้ก่อการดีระดับทองแดง <u>หมายเหตุ</u> ผู้ก่อการดี (ระดับทองแดง) หมายถึง ทีมที่มีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในรูปแบบสหสาขา และใช้ทรัพยากรที่มีในพื้นที่ โดยมีการดำเนินงานอย่างน้อย ๖ องค์ประกอบดังนี้ ๑) สถานการณ์และข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี (ปริมาณและคุณภาพ) ๒) การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง (๓ แห่ง) ๓) การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (๑ แห่ง) (สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน, สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง และจัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ) ๔) การให้ความรู้ทุกเดือนในสถานบริการสาธารณสุข/ชุมชน (๓ แห่ง) ๕) การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (มีครูสอน ๕ คน และเด็กได้เรียน ๑๐๐ คน) ๖) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ (ทุก ๔ เดือน)		☐ มีการสนับสนุน/กระตุ้น ☐ ไม่มีการสนับสนุน/กระตุ้น

<table>
<tr><th>การตรวจติดตาม</th><th>ประเด็นการประเมินผล</th><th>ผลการดำเนินงาน (ระดับจังหวัด)</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>๓. ทุกอำเภอมีทีมผู้ก่อการดีดำเนินการในองค์ประกอบที่ ๑ – ๓ ดังนี้
๑) สถานการณ์และข้อมูล ย้อนหลัง ๕ ปี (ปริมาณและคุณภาพ)
๒) การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง (๓ แห่ง)
๓) การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (๑ แห่ง) (สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน, สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง และจัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ)</td><td></td><td>การคำนวณผลงาน:
<u>อำเภอที่ดำเนินการครบ ๓ องค์ประกอบ x ๑๐๐</u>
จำนวนอำเภอที่มีในจังหวัด
<table>
<tr><th>ประเด็น</th><th>จำนวน (อำเภอ)</th><th>ผลงาน (%)</th></tr>
<tr><td>๑) อำเภอที่มีในจังหวัด</td><td></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>๒) อำเภอที่ดำเนินการครบ ๓ องค์ประกอบ</td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>รอบที่ ๒</u></td></tr>
<tr><td>๑. จำนวนทีมผู้ก่อการดี* ในแต่ละจังหวัดตามที่กำหนด ดังนี้
- เขตพื้นที่เสี่ยงมาก (แดง) และพื้นที่เสี่ยงปานกลาง (เหลือง): ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนอำเภอในจังหวัด มีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง อย่างน้อยอำเภอละ ๑ ทีม
- เขตพื้นที่เสี่ยงน้อย (เขียว): มีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง อย่างน้อย ๑ ทีม
* ผู้ก่อการดีต้องดำเนินการครบ ๖ องค์ประกอบ</td><td></td><td>จำนวนทีมผู้ก่อการดี (ทีมใหม่ปี ๖๐) ..... ทีม
ครอบคลุม.....อำเภอ</td></tr>
<tr><td>๒. จำนวนการเสียชีวิตลดลงตามที่กำหนด
- พื้นที่เสี่ยงมาก ลดลงร้อยละ ๒๐
- พื้นที่เสี่ยงปานกลาง ลดลงร้อยละ ๑๐
- พื้นที่เสี่ยงน้อย ลดลงอย่างน้อย ๑ คน</td><td></td><td>
<table>
<tr><th>เป้าหมาย การเสียชีวิต (คน)
(๑)</th><th>จำนวน การเสียชีวิต (คน)
(๒)</th><th>ลดลง/เพิ่มขึ้น (คน)**
(๒) - (๑)</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
** + หมายถึง มีจำนวนการเสียชีวิตมากกว่าค่าเป้าหมาย
- หมายถึง มีจำนวนการเสียชีวิตน้อยกว่าค่าเป้าหมาย</td></tr>
</table>

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

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ: อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น เน้นการสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี(Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ
หมายเหตุ: ต้องเป็นทีมใหม่จากปีที่ผ่านมา หรือทีมเดิมที่ระยะเวลาการรับรองสิ้นสุดลงและได้มีการดำเนินงานใหม่

๒. สถานการณ์

- จำนวนการจมน้ำเสียชีวิตและไม่เสียชีวิตของเด็กจำแนกรายจังหวัด
- ปัจจัยเสี่ยงต่อการจมน้ำในภาพรวมของเขต
- มาตรการหรือจำนวนทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ ที่มีการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาในภาพรวมของเขต

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์/การตรวจติดตาม/ผลการดำเนินงาน

จังหวัดในเขตรับผิดชอบ.....จังหวัด

การตรวจติดตาม	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน (ภาพเขต)
<u>รอบที่ ๑</u>		
๑. จังหวัดมีการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการจมน้ำเป็นรายอำเภอย้อนหลัง ๕ ปี ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ		☐ มีข้อมูลในเชิงปริมาณ.....จังหวัด ☐ มีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ.....จังหวัด ☐ ไม่มีข้อมูล.....จังหวัด
๒. จังหวัดมีการสนับสนุน/กระตุ้น/ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ ตามองค์ประกอบผู้ก่อการดีระดับทองแดง <u>หมายเหตุ</u> ผู้ก่อการดี (ระดับทองแดง) หมายถึง ทีมที่มีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในรูปแบบสหสาขา และใช้ทรัพยากรที่มีในพื้นที่ โดยมีการดำเนินงานอย่างน้อย ๖ องค์ประกอบดังนี้ ๑) สถานการณ์และข้อมูล ย้อนหลัง ๕ ปี (ปริมาณและคุณภาพ) ๒) การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง (๓ แห่ง) ๓) การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (๑ แห่ง) (สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน, สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง และจัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ) ๔) การให้ความรู้ทุกเดือนในสถานบริการสาธารณสุข/ชุมชน (๓ แห่ง) ๕) การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (มีครูสอน ๕ คน และเด็กได้เรียน ๑๐๐ คน) ๖) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ (ทุก ๔ เดือน)		☐ มีการสนับสนุน/กระตุ้น.....จังหวัด ☐ ไม่มีการสนับสนุน/กระตุ้น.....จังหวัด

<table>
<tr><th>การตรวจติดตาม</th><th>ประเด็นการประเมินผล</th><th>ผลการดำเนินงาน (ภาพเขต)</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>๓. ทุกอำเภอมีทีมผู้ก่อการดีดำเนินการในองค์ประกอบที่ ๑ – ๓ ดังนี้
๑) สถานการณ์และข้อมูล ย้อนหลัง ๕ ปี (ปริมาณและคุณภาพ)
๒) การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง (๓ แห่ง)
๓) การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (๑ แห่ง) (สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน, สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง และจัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ)</td><td></td><td>การคำนวณผลงาน:
<u>จังหวัดที่มีทุกอำเภอดำเนินการครบ ๓ องค์ประกอบ x ๑๐๐</u>
จำนวนจังหวัดที่มีในเขต
<table><tr><th>ประเด็น</th><th>จำนวน (จังหวัด)</th><th>ผลงาน (%)</th></tr><tr><td>๑) จังหวัดที่มีในเขต</td><td></td><td rowspan="2"></td></tr><tr><td>๒) จังหวัดที่มีทุกอำเภอดำเนินการครบ ๓ องค์ประกอบ</td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>รอบที่ ๒</u></td></tr>
<tr><td>๑. จำนวนทีมผู้ก่อการดี* ในแต่ละจังหวัดตามที่กำหนด ดังนี้
- เขตพื้นที่เสี่ยงมาก (แดง) และพื้นที่เสี่ยงปานกลาง (เหลือง): ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนอำเภอในจังหวัด มีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง อย่างน้อยอำเภอละ ๑ ทีม
- เขตพื้นที่เสี่ยงน้อย (เขียว): มีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง อย่างน้อย ๑ ทีม
* ผู้ก่อการดีต้องดำเนินการครบ ๖ องค์ประกอบ</td><td></td><td>จำนวนทีมผู้ก่อการดี (ทีมใหม่ปี ๖๐) ..... ทีม
ครอบคลุม.....อำเภอ ใน.....จังหวัด
<table><tr><th>จังหวัดในเขตรับผิดชอบ</th><th>เป้าหมายทีมผู้ก่อการดี (ทีม)
(๑)</th><th>ทีมผู้ก่อการดีที่ทำครบ ๖ องค์ประกอบ (ทีม)
(๒)</th><th>ผลงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย** (ทีม)
(๒) - (๑)</th></tr><tr><td>จังหวัด.....</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>** + หมายถึง มีจำนวนทีมมากกว่าค่าเป้าหมาย
- หมายถึง มีจำนวนทีมน้อยกว่าค่าเป้าหมาย</td></tr>
<tr><td>๒. จำนวนการเสียชีวิตลดลงตามที่กำหนด
- พื้นที่เสี่ยงมาก ลดลงร้อยละ ๒๐
- พื้นที่เสี่ยงปานกลาง ลดลงร้อยละ ๑๐
- พื้นที่เสี่ยงน้อย ลดลงอย่างน้อย ๑ คน</td><td></td><td><table><tr><th>จังหวัดในเขตรับผิดชอบ</th><th>เป้าหมายการเสียชีวิต (คน)
(๑)</th><th>จำนวนการเสียชีวิต (คน)
(๒)</th><th>ลดลง/เพิ่มขึ้น** (คน)
(๒) - (๑)</th></tr><tr><td>จังหวัด.....</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>** + หมายถึง มีจำนวนการเสียชีวิตมากกว่าค่าเป้าหมาย
- หมายถึง มีจำนวนการเสียชีวิตน้อยกว่าค่าเป้าหมาย</td></tr>
</table>

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

.....

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
หัวข้อ อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่
จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและประชากร

๒. สถานการณ์และแนวโน้ม(ภาพรวมของจังหวัดและรายอำเภอ)

ผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประชากรเป้าหมาย อัตราการคัดกรอง และกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ผลสำเร็จ	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน	
<u>รอบที่ ๑</u>				
๑.	จังหวัดมีการสนับสนุน/จัดทำแผนการเฝ้าระวัง คัดกรอง และลดเสี่ยงในชุมชน (สถานประกอบการและตำบล)		ใช้ข้อมูลสนับสนุนในการจัดทำแผน ☐ ข้อมูลเชิงปริมาณ ☐ ข้อมูลเชิงคุณภาพ	
๒.	จังหวัดมีการสนับสนุนกำกับติดตาม การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง≥ ๘๐ % และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูง		**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน**
			๑. ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงพร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง ≥ ๘๐ %	
			๒. ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานพร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง ≥ ๘๐ %	
			๓. จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	
๓.	จังหวัดกำกับติดตามการดำเนินงานลดเสี่ยงในชุมชน (สถานประกอบการและตำบล) และดำเนินงาน/กิจกรรมตามแผน		**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน**
			มีการดำเนินการลดเสี่ยง ๑. ตำบลจัดการสุขภาพ	
			๒. สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข	

ลำดับ	ผลสำเร็จ	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน	
			๓. การบังคับใช้กฎหมายบุหรี่และสุรา	
๔.	จังหวัดมีการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (การส่งเสริมการรับประทานผัก ผลไม้ ลดเค็ม หวาน ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ วันเบาหวานโลก วันความดันโลหิตสูงโลก)		การดำเนินงานรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	
<u>รอบที่ ๒</u>				
๑.	จังหวัดมีการสนับสนุนกำกับติดตาม การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง≥ ๙๐ % และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูง		**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน**
			๑. ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงพร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง ≥ ๙๐ %	
			๒. ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานพร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง ≥ ๙๐ %	
			๓. จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	
๒.	จังหวัดกำกับติดตามการดำเนินงานลดเสี่ยงในชุมชน (สถานประกอบการและตำบล) และดำเนินงาน/กิจกรรมตามแผน		**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน**
			มีการดำเนินการลดเสี่ยง ๑. ตำบลจัดการสุขภาพ	
			๒. สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข	
			๓. การบังคับใช้กฎหมายบุหรี่และสุรา	

ลำดับ	ผลสำเร็จ	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน		
๓.	จังหวัดมีการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (การส่งเสริมการรับประทานผัก ผลไม้ ลดเค็ม หวาน ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ วันเบาหวานโลก วันความดันโลหิตสูงโลก)		การดำเนินงานรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน		
๔.	ลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ ๕.๐ ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๙*		**รายงาน**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**
			๑. จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่		
๕.	ลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ ๒.๕ ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๙*		**รายงาน**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**
			๑. จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่		

*หมายเหตุ:ค่าเป้าหมายตามเอกสารแนบ

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ประเด็น/หัวข้อ	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
๑. การจัดทำแผนการเฝ้าระวัง คัดกรองและลดเสี่ยงในชุมชน (สถานประกอบการและตำบล) และดำเนินงาน/กิจกรรมตามแผน			
๒. การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง			
๓. การดำเนินงานลดเสี่ยงในชุมชน (สถาน			

ประกอบการและตำบล)			
๔. กิจกรรมการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน			

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
หัวข้อ อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่
เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและประชากร

๒. สถานการณ์และแนวโน้ม(ภาพรวมของจังหวัดและรายเขต)

ผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประชากรเป้าหมาย อัตราการคัดกรอง และกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ผลสำเร็จ	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน	
<u>รอบที่ ๑</u>				
๑.	จังหวัดมีการสนับสนุน/จัดทำแผนการเฝ้าระวัง คัดกรอง และลดเสี่ยงในชุมชน (สถานประกอบการและตำบล)		ใช้ข้อมูลสนับสนุนในการจัดทำแผน ☐ ข้อมูลเชิงปริมาณ ☐ ข้อมูลเชิงคุณภาพ	
๒.	จังหวัดมีการสนับสนุนกำกับติดตาม การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง≥ ๘๐ % และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูง		**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน**
			๑. ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงพร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง ≥ ๘๐ %	
			๑. ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานพร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง ≥ ๘๐ %	
			๒. จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	
๓.	จังหวัดกำกับติดตามการดำเนินงานลดเสี่ยงในชุมชน (สถานประกอบการและตำบล) และดำเนินงาน/กิจกรรมตามแผน		**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน**
			มีการดำเนินการลดเสี่ยง ๑. ตำบลจัดการสุขภาพ	
			๒. สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข	

ลำดับ	ผลสำเร็จ	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน	
			๓. การบังคับใช้กฎหมายบุหรี่และสุรา	
๔.	จังหวัดมีการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงลดโรค ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (การส่งเสริมการรับประทานผัก ผลไม้ ลดเค็ม หวาน ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ วันเบาหวานโลก วันความดันโลหิตสูงโลก)		การดำเนินงานรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	
<u>รอบที่ ๒</u>				
๑.	จังหวัดมีการสนับสนุนกำกับติดตาม การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง≥ ๙๐ % และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูง		**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน**
			๑. ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงพร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง ≥ ๙๐ %	
			๑. ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานพร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง ≥ ๙๐ %	
			๒. จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	
๒.	จังหวัดกำกับติดตามการดำเนินงานลดเสี่ยงในชุมชน (สถานประกอบการและตำบล) และดำเนินงาน/กิจกรรมตามแผน		**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน**
			มีการดำเนินการลดเสี่ยง ๑. ตำบลจัดการสุขภาพ	
			๒. สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข	
			๓. การบังคับใช้กฎหมายบุหรี่และสุรา	

ลำดับ	ผลสำเร็จ	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน		
๓.	จังหวัดมีการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (การส่งเสริมการรับประทานผัก ผลไม้ ลดเค็ม หวาน ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ วันเบาหวานโลก วันความดันโลหิตสูงโลก)		การดำเนินงานรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน		
๔.	ลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ ๕.๐ ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๙*		**รายงาน**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**
			๑. จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่		
๕.	ลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ ๒.๕ ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๙*		**รายงาน**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**
			๑. จำนวนผู้ป่วยโรคความดันรายใหม่		

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ประเด็น/หัวข้อ	ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
๑. การจัดทำแผนการเฝ้าระวัง คัดกรอง และลดเสี่ยงในชุมชน (สถานประกอบการและตำบล) และดำเนินงาน/กิจกรรมตามแผน			
๒. การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาลดเสี่ยง			
๓. การดำเนินงานลดเสี่ยงในชุมชน (สถานประกอบการและตำบล)			
๔. กิจกรรมการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน			

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบ ตก. 1

(ร่าง) แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑หัวข้อ กลุ่มวัยทำงาน (อุบัติเหตุทางถนน)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... **เขตบริการสุขภาพที่**..... **ตรวจราชการวันที่** .....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ ป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

ตัวชี้วัด อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน

๒. ข้อมูลแนวทางการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข

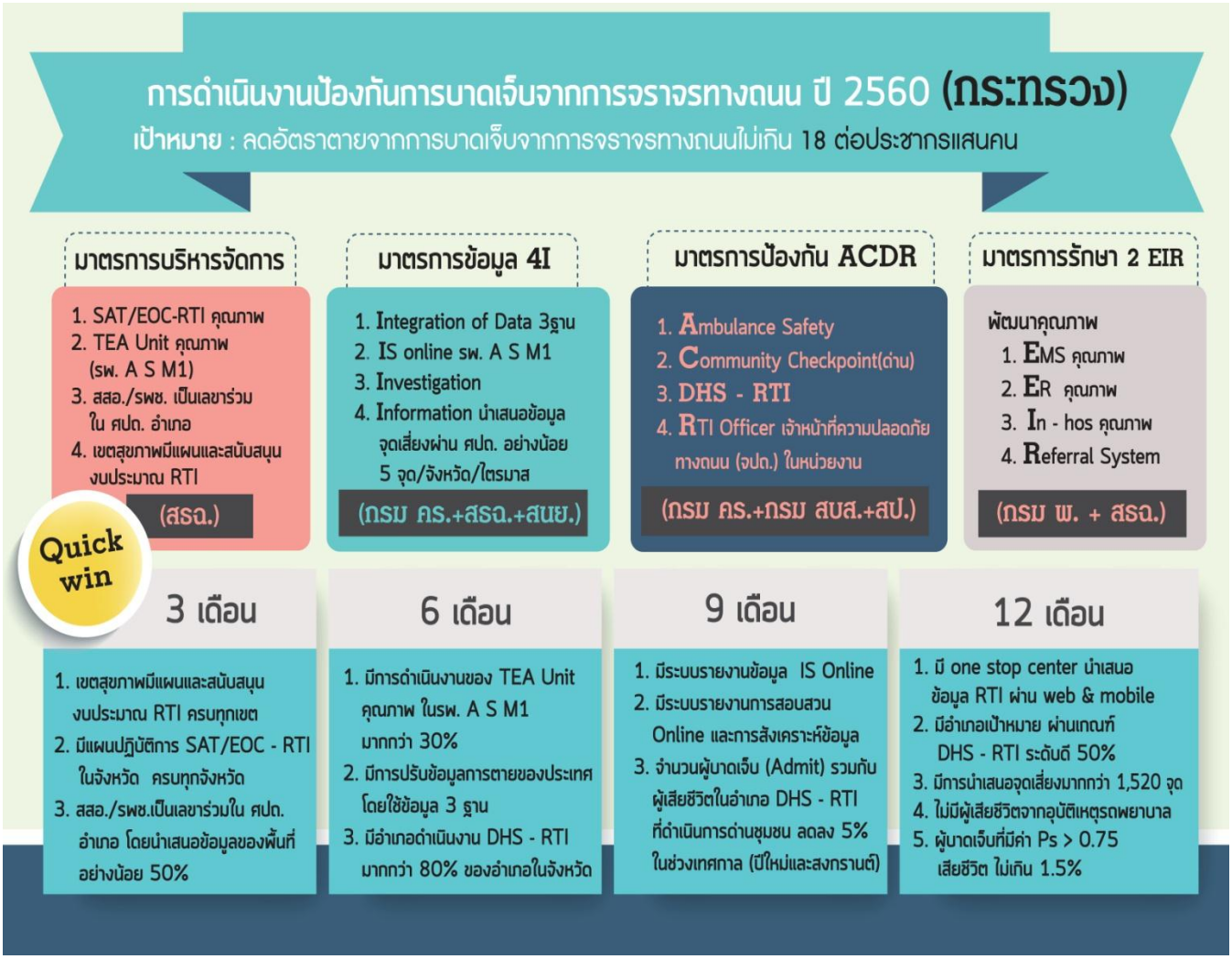
กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 4 ด้าน ดังนี้

2.1 มาตรการการบริหารจัดการ

2.2 มาตรการจัดการข้อมูล

2.3 มาตรการป้องกัน

2.4 มาตรการการรักษา



๓. ผลการดำเนินงาน

โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ได้ดำเนินการ หรือเติมคำตอบในช่องว่างที่กำหนด

<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>ประเด็นการประเมินผล</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>หมายเหตุ</th></tr>
<tr><td>๑.</td><td>มาตรการบริหารจัดการ</td><td>๑.๑ จังหวัดมีแผนปฏิบัติการ SAT/EOC-RTI ในจังหวัด
☐ ไม่มี ☐ มี
.....
.....
.....
.....</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>๑.๒ จำนวนอำเภอ (สสอ./รพช.) ที่เป็นเลขาร่วม/คณะกรรมการ/คณะทำงานใน ศปถ.อำเภอ/ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และมีการนำเสนอข้อมูล สถานการณ์ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของพื้นที่
จำนวน.....อำเภอ
ได้แก่อำเภออะไรบ้าง.....
.....
.....
.....</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>๑.๓ มีการดำเนินงาน TEA Unit คุณภาพ ในโรงพยาบาล A S M1
มีจำนวน ..... แห่ง
ได้แก่ โรงพยาบาลอะไรบ้าง.....
.....
.....
.....
.....</td><td></td></tr>
<tr><td>๒.</td><td>มาตรการจัดการข้อมูล</td><td>๒.๑ มีการบูรณาการข้อมูลการตาย ๓ ฐาน ของจังหวัด
☐ ๑) ดำเนินการแล้ว และมีข้อมูลแสดงเป็น<u>รายเดือน</u>
และมีการนำเสนอข้อมูลใน ศปถ.จังหวัดหรือการประชุมของสหสาขา
<table>
<tr><td>จำนวนตาย</td><td>ตค</td><td>พย</td><td>ธค</td><td>มค</td><td>กพ</td><td>มีค</td><td>เมย</td><td>พค</td><td>มิย</td><td>กค</td><td>สค</td><td>กย</td></tr>
<tr><td>สาธารณสุข</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ตำรวจ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>บ.กลาง</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>รวม ๓ ฐาน</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
☐ ๒) อยู่ระหว่างดำเนินการ ไม่มีข้อมูล
☐ ๓) ยังไม่ได้ดำเนินการ เพราะ .....
.....
.....
.....</td><td></td></tr>
</table>

ลำดับ	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
		๒.๒ **นำเสนอข้อมูลจุดเสี่ยงผ่าน ศปถ.จังหวัด** หรือ ศปถ.อำเภอ หรือการประชุมของสหสาขา อย่างน้อย ๕ จุด/จังหวัด/ไตรมาส ■ นำเสนอข้อมูลจุดเสี่ยงจำนวน ..... จุด ■ ได้รับการแก้ไข ..... จุด แสดงข้อมูลจุดเสี่ยงและจุดที่ได้รับการแก้ไข	
๓.	**มาตรการป้องกัน**	๓.๑ อำเภอในจังหวัดที่มีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรผ่าน**ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI)** **รอบที่ ๑** ■ จำนวนอำเภอที่ดำเนินการ DHS-RTI ..... อำเภอ ■ คิดเป็นร้อยละ .....ของอำเภอในจังหวัด **รอบที่ ๒** ■ จำนวนอำเภอที่ดำเนินการ DHS-RTI ผ่านเกณฑ์ระดับดี (Good)..... อำเภอ ■ คิดเป็นร้อยละ .....ของอำเภอที่ดำเนินการ DHS-RTI ทั้งหมด	
		๓.๒ การดำเนินงาน**ด่านชุมชน/มาตรการชุมชน** ■ **เทศกาลปีใหม่** ๑. จำนวนอำเภอที่ดำเนินการด่านชุมชนได้อย่างน้อย ๕ ด่าน มีกี่อำเภอ : .....อำเภอ ๒. ร้อยละของผู้บาดเจ็บ (Admit) รวมกับผู้เสียชีวิตในอำเภอที่ดำเนินการด่านชุมชน ลดลงได้ ๕% ในช่วงเทศกาลปีใหม่ มีกี่อำเภอ : .....อำเภอ อำเภออะไรบ้าง ■ **เทศกาลสงกรานต์** ๓. จำนวนอำเภอที่ดำเนินการด่านชุมชนได้อย่างน้อย ๕ ด่าน มีกี่อำเภอ : .....อำเภอ ๔. ร้อยละของผู้บาดเจ็บ (Admit) รวมกับผู้เสียชีวิตในอำเภอที่ดำเนินการด่านชุมชน ลดลงได้ ๕% ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ มีกี่อำเภอ : .....อำเภอ อำเภออะไรบ้าง	

<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>ประเด็นการประเมินผล</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>หมายเหตุ</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>๓.๓ การเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐
■ จำนวนการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และร้อยละของการลดลง/เพิ่มขึ้น
<table>
<tr><th></th><th>จำนวน ในปี ๕๙</th><th>จำนวน ในปี ๖๐</th><th>ลดลง/ เพิ่มขึ้น</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>จำนวนครั้ง</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ผู้บาดเจ็บ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ผู้เสียชีวิต</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
หมายเหตุ ให้เปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ
■ การดำเนินการความปลอดภัยของรถพยาบาล
<table>
<tr><th>รายการ</th><th>จำนวน ทั้งหมด (คัน/คน)</th><th>จำนวนที่ ดำเนินการ (คัน/คน)</th><th>ร้อยละที่ ดำเนินการ</th></tr>
<tr><td>๑.การติดตั้ง GPS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>๒.การติดตั้งกล้อง Car DVR</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>๓.การทำประกันภัย</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>๔.การอบรมพนักงานขับรถ</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>๕.การจำกัดความเร็วรถ</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td><td></td></tr>
<tr><td>๔.</td><td>มาตรการรักษา</td><td>พัฒนาคุณภาพ ในประเด็นเฉพาะผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน
๑. EMS คุณภาพ
๒. ER คุณภาพ
๓. In-hos คุณภาพ
๔. Referral System
๕. ผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps>๐.๗๕ เสียชีวิต ไม่เกิน ๑.๕%
<table>
<tr><th>จำนวนผู้บาดเจ็บ จาก RTI ที่มีค่า Ps>๐.๗๕ ทั้งหมด</th><th>จำนวนผู้เสียชีวิต จาก RTI ที่มีค่า Ps>๐.๗๕</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td><td></td></tr>
</table>

แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

เป้าหมาย : อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากรแสนคน

<table>
<tr><th rowspan="2">ลำดับ</th><th rowspan="2">รายการตัวชี้วัด</th><th rowspan="2"></th><th colspan="4">การตายจากอุบัติเหตุทางถนน (คน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560</th><th rowspan="2">รวม</th></tr>
<tr><th>ไตรมาส 1 (ต.ค. - ธ.ค. 59)</th><th>ไตรมาส 2 (ม.ค. - มี.ค. 60)</th><th>ไตรมาส 3 (เม.ย. - มิ.ย. 60)</th><th>ไตรมาส 4 (ก.ค. - ก.ย. 60)</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน</td><td>เป้าหมาย</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ผล</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

หมายเหตุ : ใช้ข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ www.healthdata.moph.go.th

4. ความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

.....

.....

.....

.....

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร

.....

.....

7.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....e-mail.....

แบบ ตก. 2

แบบสรุปการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
ภารกิจหลัก.....
หัวข้อ.....
เขตบริการสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ: ป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
ตัวชี้วัด: อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย

๒.๑ กรอบประเด็นการตรวจราชการ
จำนวนจังหวัดที่รับผิดชอบ ..... จังหวัด ได้แก่ .....
.....
.....

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด (จำนวนจังหวัดที่ดำเนินการ)	จำนวน จังหวัด	คิดเป็นร้อยละ	จังหวัดที่ไม่มีการดำเนินงาน หรือมีดำเนินการได้ดี
๑.	จำนวนจังหวัดมีแผนปฏิบัติการ SAT/EOC-RTI ในจังหวัด			
๒.	จำนวนจังหวัดที่มีอำเภอ (สสอ./รพช.) **ที่เป็นเลขาร่วมใน ศปถ.อำเภอ** และมีการนำเสนอข้อมูล สถานการณ์ปัญหา ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอในจังหวัด			
๓.	จำนวนจังหวัดที่มี **TEA Unit คุณภาพ** ในโรงพยาบาล A S M๑			
๔.	จำนวนจังหวัดมี**การบูรณาการข้อมูลการตาย ๓ ฐาน** และมีข้อมูลแสดงเป็นรายเดือน และนำเสนอข้อมูลใน สปถ.จังหวัด			
๕	**จำนวนจังหวัดที่นำเสนอข้อมูลจุดเสี่ยงผ่าน ศปถ.จังหวัด** หรือ ศปถ.อำเภอ หรือการประชุมของสหสาขา อย่างน้อย ๕ จุด/จังหวัด/ไตรมาส			
๖.	จำนวนจังหวัดที่ดำเนินงานผ่าน**ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI)** ได้อย่างน้อย ร้อยละ ๓๐ ของอำเภอในจังหวัด และมีจำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับดี(Good) ได้ร้อยละ ๕๐ อำเภอที่ดำเนินการ			
๗.	จำนวนจังหวัดที่ดำเนินการ**ด่านชุมชน**ได้อย่างน้อย ๕ ด่าน และร้อยละของผู้บาดเจ็บ (Admit) รวมกับผู้เสียชีวิตในจังหวัดลดลง ๕% ในช่วงเทศกาล			

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด (จำนวนจังหวัดที่ดำเนินการ)	จำนวน จังหวัด	คิดเป็นร้อยละ	จังหวัดที่ไม่มีการดำเนินงาน หรือมีดำเนินการได้ดี
๑.	จำนวนจังหวัดมีแผนปฏิบัติการ SAT/EOC-RTI ในจังหวัด			
๒.	จำนวนจังหวัดที่มีอำเภอ (สสอ./รพช.) **ที่เป็นเลขาร่วมใน ศปถ.อำเภอ** และมีการนำเสนอข้อมูล สถานการณ์ปัญหา ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอในจังหวัด			
๓.	จำนวนจังหวัดที่มี **TEA Unit คุณภาพ** ในโรงพยาบาล A S M๑			
๘	จำนวนจังหวัดของการเกิด**อุบัติเหตุรถพยาบาล** ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ลดลงร้อยละ ๕๐			
๙.	จำนวนจังหวัดที่ผู้บาดเจ็บที่มีค่า **Ps>๐.๗๕ เสียชีวิต ไม่เกิน ๑.๕%**			

๔. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

.....

.....

๕. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย (กรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย) **และข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๖. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

<u>สามารถ Download แบบฟอร์มและรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่</u> www.thaincd.com

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด.....เขตบริการสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

หัวข้อการตรวจราชการ : ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

สถานการณ์ : สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ประมาณร้อยละ ๒๐ อยู่คนเดียว จำนวน ๙ แสนคน หรือร้อยละ ๑๘.๗ ร้อยละ ๙๕ เจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียง ร้อยละ ๒๖ มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ ๑๒.๔ และ เข้าถึงระบบบริการร้อยละ ๕๖.๗

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

๑.ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน

๑.๑วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญ/สภาพปัญหาของพื้นที่

.....

๑.๒ ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ข้อมูลผู้สูงอายุ กลุ่ม ๑ - ๔ / ตำบล LTC/ Care Manager/Care Giver

ข้อมูล ณ วันที่ .....ผู้รายงาน .....

๑.พื้นที่				๓.จำนวนผู้สูงอายุในโครงการLTC							๔. จำนวน Care Manager	๕. จำนวน Care Giver	๖. จำนวนกองทุนที่ซื้อบริการตาม Care plan	๗. จำนวน Care planที่ทำในพื้นที่	๘.พื้นที่ที่จัดทำ Care plan	๙.พื้นที่ที่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG (แห่ง)	๑๐.ผู้สูงอายุดีขึ้น	
เขต	จังหวัด	จำนวนตำบลเป้าหมาย	จำนวนตำบล LTC ที่ผ่านเกณฑ์	จำนวนผู้สูงอายุสิทธิ์UC	จำนวนผู้สูงอายุสิทธิ์อื่นๆ	กลุ่ม ๑	กลุ่ม ๒	กลุ่ม ๓	กลุ่ม ๔	รวม							กลุ่มติดบ้านเปลี่ยนเป็นติดสังคม	กลุ่มติดเตียงเปลี่ยนเป็นติดบ้าน
๑																		
๒																		
๓																		

๑.๓ รายละเอียดผลการดำเนินงาน

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ลำดับที่	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล ณ วันที่	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	ภาพรวมเขต ...ณ วันที่ ....
๑	ตำบลต้นแบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๐	เป้าหมาย									
		ผลงาน									
		อัตรา/ร้อยละ									
๒	ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ร้อยละ ๘๐-๑๐๐	เป้าหมาย									
		ผลงาน									
		อัตรา/ร้อยละ									
๓	จำนวน Care Manager ผ่านการอบรม	เป้าหมาย									
		ผลงาน									
		อัตรา/ร้อยละ									
๔	จำนวน Care giver ผ่านการอบรม	เป้าหมาย									
		ผลงาน									
		อัตรา/ร้อยละ									

ผลการดำเนินงาน.....

๓. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

ส่วนที่ ๑ ข้อสังเกตที่พบ/ ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ประเด็น/หัวข้อ (๑)	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค (๒)	ข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยรับตรวจ (๓)	ข้อเสนอแนะ ต่อส่วนกลางหรือผู้บริหาร (๔)
๑.				
๒.				
๓.				
๔.				

๔. ความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
.	..	
.	..	

๖.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

๗ .นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน. .....
ตำแหน่ง .....
วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน .....
เบอร์โทร.....
E-mail .....

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
หัวข้อ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....
.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

.....

๒. สถานการณ์

๒.๑.การจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของจังหวัด

๑) ตั้งทีม SAT และ ทีม Operation

๒) วิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดทำแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๓) จัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk Management plan) ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของจังหวัด

๔) สื่อสารความเสี่ยง(Risk Management) ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ส่วนราชการต่างๆในจังหวัด/อปท. เพื่อการจัดการปัญหา

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๒.๒ ดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของจังหวัด

๑) แผนเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย.(ในตัวชี้วัดส่วนภูมิภาค) เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น

๒) แผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต

.....
.....
.....
.....
.....
.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
๑	**ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดเป้าหมาย**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
หัวข้อ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....
.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

.....

๒. สถานการณ์

๒.๑ สรุปการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของจังหวัดในเขตสุขภาพ

๑) ตั้งทีม SAT และ ทีม Operation

๒) วิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดทำแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๓) จัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk Management plan) ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของจังหวัด

๔) สื่อสารความเสี่ยง(Risk Management) ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ส่วนราชการต่างๆในจังหวัด/อปท. เพื่อการจัดการปัญหา

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๒.๒ สรุปการดำเนินการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของจังหวัดในเขตสุขภาพ

๑) แผนเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย.(ในตัวชี้วัดส่วนภูมิภาค) เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น

๒) แผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต

.....
.....
.....
.....
.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	จว.๑ **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.๒ **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว. ..... จว.	ภาพรวมเขต **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	*(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)* **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
๑	**ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดเป้าหมาย**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

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

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
หัวข้อ ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

.....

๒. สถานการณ์

.....

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
๑	**ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						
๒	**ร้อยละของเนื้อสัตว์สดมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
๓	**ร้อยละของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						
๔	**ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						
๕	**ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						
๖	**ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๒ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - **รอบ ๑ ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **รอบ ๒ ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
	กำหนด	**อัตรา/ร้อยละ** : (B/A) x ๑๐๐						
๗	**ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแป้งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						
๘	**ร้อยละของน้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่าย มีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
หัวข้อ ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

.....

๒. สถานการณ์

.....

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	จว.๑ **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.๒ **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	จว.	ภาพรวมเขต **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	*(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)* **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
๑	**ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	จว.๑ **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.๒ **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	จว.	ภาพรวมเขต **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	*(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)* **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
๒	**ร้อยละของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						
๓	**ร้อยละของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						
๔	**ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีการใช้วัตถุเจือ**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจ						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	จว.๑ **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.๒ **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	จว.	ภาพรวมเขต **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	*(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)* **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
	ปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด	วิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวนตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						
๕	**ร้อยละของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวนตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวนตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						
๖	**ร้อยละของผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิต มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวนตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวนตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	จว.๑ **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.๒ **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	จว.	ภาพรวมเขต **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	*(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)* **ภาพรวมเขต** -**<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) -**<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						
๗	**ร้อยละของผลิตภัณฑ์จากแป้งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						
๘	**ร้อยละของน้ำมันทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิตกลุ่มเป้าหมายและสถานที่จำหน่ายมีปริมาณสารโพลาร์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด**	**เป้าหมาย (A) :** จำนวน ตย.ที่ส่งตรวจและได้รับผลการตรวจวิเคราะห์						
		ผลงาน (B): จำนวน ตย.ที่ผ่านมาตรฐาน						
		อัตรา/ร้อยละ : (B/A) x ๑๐๐						

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

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

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
หัวข้อ ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....
.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

๒. สถานการณ์

.....

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	**ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**	**ภาพรวมจังหวัด** - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
	สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
	ร้อยละสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	อัตรา/ร้อยละ						

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
หัวข้อ ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

๒. สถานการณ์

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	**จว.๑** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	จว.	**ภาพรวมเขต** **<u>รอบ ๑</u>** **ข้อมูล ๖ เดือน** ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ **<u>รอบ ๒</u>** **ข้อมูล ๙ เดือน** ต.ค.๕๙-มิ.ย.๖๐	**(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)** **ภาพรวมเขต** **-<u>รอบ ๑</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **-<u>รอบ ๒</u> ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
	สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		อัตรา/ร้อยละ					
	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		อัตรา/ร้อยละ					
	ร้อยละสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	อัตรา/ร้อยละ					

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

คำอธิบาย

เป้าหมาย หมายถึง จำนวนค่าของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะนำมาประกอบในการประมวลผลตัวชี้วัด
ผลงาน หมายถึง จำนวนเป้าหมายที่ผ่านตามเกณฑ์/เงื่อนไขที่กำหนด
ร้อยละ/ อัตรา หมายถึง ค่าจากการประมวลผลตัวชี้วัดนั้น
ตัวอย่าง ตัวชี้วัด “ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด”

เป้าหมาย คือ จำนวนสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด/จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ

ผลงาน คือ จำนวนสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

การประมวลผล

สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

(ผลงาน / เป้าหมาย) x ๑๐๐

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

(ผลงาน / เป้าหมาย) x ๑๐๐

ร้อยละสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

(ผลรวมร้อยละสถานพยาบาลฯ + ผลรวมร้อยละสถานประกอบการเพื่อสุขภาพฯ) / ๒

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค
หัวข้อ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....
.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนโรงพยาบาลในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

๒. สถานการณ์

.....

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ผลการดำเนินงาน	ภาพรวมจังหวัด - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **- <u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital (ร้อยละ ๗๕ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน)	๑. จังหวัด มีนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital		
		๒. จังหวัดมีกลไกการขับเคลื่อนและเตรียมทีมตรวจประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่		
		๓. จังหวัดดำเนินการประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital		
		๔. ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ในพื้นที่รับผิดชอบ ๔.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลในพื้นที่มีแผนพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๔.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลในพื้นที่พัฒนาได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน		

หมายเหตุ: แนบแบบรายงานข้อมูลการตรวจประเมิน GREEN&CLEAN Hospital (G&C ๖๐)

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค
หัวข้อ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนโรงพยาบาลในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

๒. สถานการณ์

.....

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ผลการดำเนินงาน	ภาพรวมเขต - **<u>รอบ ๑</u> ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) **- <u>รอบ ๒</u> ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๖๐)
๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital (ร้อยละ ๗๕ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน)	๑. จังหวัด มีนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital		
		๒. จังหวัดมีกลไกการขับเคลื่อนและเตรียมทีมตรวจประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่		
		๓. จังหวัดดำเนินการประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital		
		๔. ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ในพื้นที่รับผิดชอบ ๔.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลในพื้นที่มีแผนพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๔.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลในพื้นที่พัฒนาได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน		

หมายเหตุ: แนบแบบรายงานข้อมูลการตรวจประเมิน GREEN&CLEAN Hospital (G&C ๖๐)

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

แบบรายงานการตรวจราชการ

คณะที่ ๒

การพัฒนาระบบบริการ

(ใช้แบบฟอร์มรายงาน ตก.๑,ตก.๒ ตามแบบฟอร์มกลาง)

แบบรายงานการตรวจราชการ

คณะที่ ๓

การบริหารทรัพยากรมนุษย์

แบบ ตก.๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

คณะที่ ๓ : การบริหารทรัพยากรมนุษย์

.....

หัวข้อ : ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพ/จังหวัดมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัดในเขตสุขภาพ

- โครงสร้าง/กรอบอัตรากำลังของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัด
- องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนากำลังคนของจังหวัด
- กลไกระบบสนับสนุนของเขตสุขภาพ
  - สร้างความเข้าใจ
  - การพัฒนาผู้รับผิดชอบ
  - การสนับสนุนข้อมูลต่างๆ
  - การพัฒนาฐานข้อมูล
- ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๕๙
- แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคนของจังหวัด
- แผนปฏิบัติการของงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐
- จำนวน/แหล่งงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในการดำเนินงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัดปีงบประมาณ ๒๕๖๐
- การกำกับ ติดตามงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ส่วนที่ ๒ ผลการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน**ของจังหวัดใน ๕ องค์ประกอบ ดังนี้**

องค์ประกอบการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน	ผลการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัด
องค์ประกอบที่ ๑ การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัด	การตรวจราชการ รอบที่ ๑ แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวน/ศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๓ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ การตรวจราชการ รอบที่ ๒ แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวน/ศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๔ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ - เอกสารแผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและ

องค์ประกอบการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน	ผลการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัด
	ศักยภาพ)
องค์ประกอบที่ ๒ การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	การตรวจราชการ รอบที่ ๑ การสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ใน/นอกพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๔๐ การตรวจราชการ รอบที่ ๒ การสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ใน/นอกพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ๖๐ - เอกสารข้อตกลงการผลิตและพัฒนาร่วมกัน - รายงานการดำเนินการร่วมกันด้านการผลิตและพัฒนา(บริหารจัดการฯ/หลักสูตรการผลิตและพัฒนา)
องค์ประกอบที่ ๓ การบริหารงบประมาณด้านการพัฒนากำลังคนมีประสิทธิภาพ และทันเวลา	การตรวจราชการ รอบที่ ๑ การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๗๐ การตรวจราชการ รอบที่ ๒ การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๘๐ -รายงานผลการเบิกจ่ายจริงเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนการพัฒนาบุคลากร(คงเหลือ/ผูกพัน/คืน) และปัญหา/อุปสรรคการใช้จ่ายงบประมาณ
องค์ประกอบที่ ๔ การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	การตรวจราชการ รอบที่ ๑ บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ/จังหวัด ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย การตรวจราชการ รอบที่ ๒ บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ/จังหวัด ร้อยละ ๖๐ ของเป้าหมาย -รายงานผลการพัฒนาบุคลากรเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด และปัญหา/อุปสรรคการพัฒนาบุคลากร
องค์ประกอบที่ ๕ การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัด	การตรวจราชการ รอบที่ ๑ มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ/จังหวัด น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๕ ของภาพรวมกระทรวง การตรวจราชการ รอบที่ ๒ มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ/จังหวัด น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๐ ของภาพรวมกระทรวง - ข้อร้องเรียนและการต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายในระดับหน่วยงาน/จังหวัด/เขตสุขภาพ/ประเทศ

สรุปผล : การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัดตาม ๕ องค์ประกอบ ดังนี้

จังหวัด	ผลการดำเนินงานของจังหวัดตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากร				
	องค์ประกอบที่ ๑	องค์ประกอบที่ ๒	องค์ประกอบที่ ๓	องค์ประกอบที่ ๔	องค์ประกอบที่ ๕

ส่วนที่ ๓ นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ส่วนที่ ๔ สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

ส่วนที่ ๕ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

ส่วนที่ ๖ ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

ผู้รายงาน ชื่อ.....สกุล.....

ตำแหน่ง.....โทร.....

e-mail:.....วัน / เดือน / ปี.....

แบบ ตก.๒

สรุปภาพรวมเขต

ผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

เขตตรวจราชการที่.....รอบที่.....

จังหวัด : ๑.....๒.....๓.....๔.....๕.....

คณะที่ ๓ : การบริหารทรัพยากรมนุษย์

.....

หัวข้อ :ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัดในเขตสุขภาพ

- โครงสร้าง/กรอบอัตรากำลังของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร
- องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ/จังหวัด
- กลไกระบบสนับสนุนของเขตสุขภาพ
  - สร้างความเข้าใจ
  - การพัฒนาผู้รับผิดชอบ
  - การสนับสนุนข้อมูลต่างๆ
  - การพัฒนาฐานข้อมูล
- ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานพัฒนาบุคลากร ปีงบประมาณ ๒๕๕๙
- แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคนของจังหวัด/เขตสุขภาพ
- แผนปฏิบัติการของงานพัฒนาบุคลากร ปีงบประมาณ ๒๕๖๐
- จำนวน/แหล่งงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในการดำเนินงานพัฒนาบุคลากรปีงบประมาณ ๒๕๖๐
- การกำกับ ติดตามงานพัฒนาบุคลากร ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ส่วนที่ ๒ ผลการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัดในเขตสุขภาพตาม ๕ องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน ๕ ด้าน	ค่าเป้าหมายขององค์ประกอบฯ
องค์ประกอบที่ ๑ การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัด	การตรวจราชการ รอบที่ ๑ แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวน/ศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๓ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ การตรวจราชการ รอบที่ ๒ แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวน/ศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๔ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ

องค์ประกอบการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน ๕ ด้าน	ค่าเป้าหมายขององค์ประกอบฯ
	-เอกสารแผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ)
องค์ประกอบที่ ๒ การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	การตรวจราชการ รอบที่ ๑ การสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ใน/นอกพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๔๐ การตรวจราชการ รอบที่ ๒ การสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ใน/นอกพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ๖๐ - เอกสารข้อตกลงการผลิตและพัฒนาร่วมกัน - รายงานการดำเนินการร่วมกันด้านการผลิตและพัฒนา(บริหารจัดการฯ/หลักสูตรการผลิตและพัฒนา)
องค์ประกอบที่ ๓ การบริหารงบประมาณด้านการพัฒนากำลังคนมีประสิทธิภาพ และทันเวลา	การตรวจราชการ รอบที่ ๑ การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๗๐ การตรวจราชการ รอบที่ ๒ การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๘๐ -รายงานผลการเบิกจ่ายจริงเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนการพัฒนาบุคลากร (คงเหลือ/ผูกพัน/คืน) และปัญหา/อุปสรรคการใช้จ่ายงบประมาณ
องค์ประกอบที่ ๔ การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	การตรวจราชการ รอบที่ ๑ บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ/จังหวัด ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย การตรวจราชการ รอบที่ ๒ บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ/จังหวัด ร้อยละ ๖๐ ของเป้าหมาย -รายงานผลการพัฒนาบุคลากรเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด และปัญหา/อุปสรรคการพัฒนาบุคลากร
องค์ประกอบที่ ๕ การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัด	การตรวจราชการ รอบที่ ๑ มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ/จังหวัด น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๕ ของภาพรวมกระทรวง การตรวจราชการ รอบที่ ๒ มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคน ของเขตสุขภาพ/จังหวัด น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๐ ของภาพรวมกระทรวง - ข้อร้องเรียนและการต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายในระดับหน่วยงาน/จังหวัด/เขตสุขภาพ/ประเทศ

สรุปผล : การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนของจังหวัดในเขตสุขภาพตาม ๕ องค์ประกอบ ดังนี้

จังหวัด	ผลการดำเนินงานของจังหวัดตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการการพัฒนาบุคลากร				
	องค์ประกอบที่ ๑	องค์ประกอบที่ ๒	องค์ประกอบที่ ๓	องค์ประกอบที่ ๔	องค์ประกอบที่ ๕

ส่วนที่ ๓ นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ส่วนที่ ๔ สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

ส่วนที่ ๕ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

ส่วนที่ ๖ ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

ผู้รายงาน ชื่อ.....สกุล.....

ตำแหน่ง.....โทร.....

e-mail:.....วัน / เดือน / ปี.....

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์

หัวข้อ : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

.....

ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๑. สถานการณ์

.....

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๒.๑ ข้อมูลตามเป้าหมายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเครือข่ายภาคประชาชน: พัฒนา อสค.และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

ลำดับ	รายการข้อมูล		อำเภอ ๑	อำเภอ ๒	อำเภอ	อำเภอ	รวม
๑	การคัดเลือกและพัฒนา อสค.	เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		ร้อยละ					
๒	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ ที่กำหนด	เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		ร้อยละ					

หมายเหตุ

๑) รายการข้อมูลที่ ๑ การคัดเลือกและพัฒนา อสค. ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ไตรมาสที่ ๓

๒) รายการข้อมูลที่ ๒ การประเมินศักยภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ ประเมินในไตรมาสที่ ๔

๒.๒ ข้อมูลตามเป้าหมาย มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ แนวทางการตรวจติดตาม และผลลัพธ์ที่ต้องการ

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่และการตรวจติดตาม	ผลการดำเนินงาน
๑	มีเครือข่ายทุกภาคส่วนทุกระดับ (โดยเฉพาะหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพภาคประชาชน) เป็นกลไกการขับเคลื่อนและหนุนเสริมการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการระดับ	**มาตรการพัฒนากลไกการหนุนเสริมการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ** ๑. มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ เป้าหมายกระบวนการดำเนินงาน บทบาทของแต่ละภาคส่วนในการขับเคลื่อนงานและสิ่งที่จะได้	

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่และการตรวจติดตาม	ผลการดำเนินงาน
	เขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบล	ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นทั้งในภาพรวมส่วนงานและประชาชน	
		๒. มีการประสานงานบูรณาการร่วมกันระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง สถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข รพ.สต. ทีมหมอครอบครัว ผู้จัดการ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) อสม. ฯลฯ สร้างเป็นกลไกในการหนุนเสริมการดูสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ	
		๓. ใช้กลไกบูรณาการในการขับเคลื่อนงาน	
๒	มี อสค. ที่มีความรู้ ความเข้าใจและประพฤติปฏิบัติตนจริงอย่างเป็นรูปธรรมตามบทบาท อสค.ที่กำหนด	**<u>มาตรการพัฒนาศักยภาพ อสค. เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว</u>** ๑. มีข้อมูลในการดำเนินงาน อสค.	
		๒. มีการวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดจำนวนและกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานตามเงื่อนไขกำหนดและหรือเพิ่มเติมตามจำเป็นและบริบท	
		๓. มีแผนการดำเนินงาน - พัฒนา อสค. - ส่งเสริมบทบาท อสค. - เสริมสร้างและประเมินศักยภาพ อสค. - ติดตาม ประเมินผล	
		๔. มีการดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสค. และแผนที่เกี่ยวข้อง	
		๕. ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงวิธีการ แผนงาน	
๓	มีการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างถูกต้อง ทันสมัย เป็นปัจจุบัน	**<u>มาตรการบริหารจัดการข้อมูล</u>** ๑. มีการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยจังหวัดผ่าน http://fvphc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net	
		๒. มีการใช้ข้อมูลในการกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ อสค. เชื่อมต่อกับข้อมูล ๔๓ แฟ้มของพื้นที่และ hdcservice ของกระทรวงสาธารณสุข	

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่และการตรวจติดตาม	ผลการดำเนินงาน
		๓. มีการส่งต่อข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและประเมินผลการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว	
๔	มีระบบสื่อสารเทคโนโลยีที่ทันสมัย อสค. อสม.และเจ้าหน้าที่สื่อสารถึงกันได้ง่าย รวดเร็ว ทั่วถึง เหมาะสมกับบริบท	**<u>มาตรการพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร</u>** ๑. มีการสร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค.กับ อสค.โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ค ฯลฯ	
		๒. มีการสร้างและพัฒนา ระบบสื่อสารระหว่าง อสค.กับ อสม.โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ค ฯลฯ	
		๓. มีการสร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค. อสม.และเจ้าหน้าที่โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ค ฯลฯ	
๕	มีระบบสื่อสารเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัย ครอบครัวเข้าถึงได้ง่าย	**<u>มาตรการพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว</u>** ๑. มีการพัฒนาหรือประยุกต์ใช้ระบบสื่อสารและเทคโนโลยี เพื่อสร้างการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของ อสค. และของครอบครัว อาทิ แอพพลิเคชั่น ไลน์ เฟซบุ๊ค ฯลฯ	
๖	มีครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ในระบบของกระทรวงสาธารณสุข	**<u>มาตรการพัฒนากระบวนการประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง</u>** ๑.มีระบบ/ทีม/กลไกการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง	
		๒. มีการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ๒.๑ ประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค.	
		๒.๒ สุ่มประเมินตามหลักการทางสถิติในขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๓๐	

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์

หัวข้อ : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

.....

ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๑. สถานการณ์

.....

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๒.๑ ข้อมูลตามเป้าหมายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเครือข่ายภาคประชาชน: พัฒนา อสค.และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

ลำดับ	รายการข้อมูล		จังหวัด ๑	จังหวัด ๒	จังหวัด	จังหวัด	รวม
๑	การคัดเลือกและพัฒนา อสค.	เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		ร้อยละ					
๒	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ ที่กำหนด	เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		ร้อยละ					

หมายเหตุ

๑) รายการข้อมูลที่ ๑ การคัดเลือกและพัฒนา อสค. ดำเนินการตามเป้าหมายรายจังหวัดให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ ๓

๒) รายการข้อมูลที่ ๒ การประเมินศักยภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ประเมินในไตรมาสที่ ๔

๒.๒ ข้อมูลตามเป้าหมาย มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ แนวทางการตรวจติดตาม และผลลัพธ์ที่ต้องการ

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่และการตรวจติดตาม		จังหวัด ๑	จังหวัด ๒	จังหวัด	จังหวัด	รวม
๑	มีเครือข่ายทุกภาคส่วนทุกระดับเป็นกลไกการขับเคลื่อน	๑.มีการสร้างความรู้ความเข้าใจ	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
		๒.มีการประสานงานบูรณาการร่วมกัน	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
		๓. ใช้กลไกบูรณาการในการขับเคลื่อนงาน	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่และการตรวจติดตาม		จังหวัด ๑	จังหวัด ๒	จังหวัด	จังหวัด	รวม
			ผลงาน					
๒	มี อสค. ที่มี	๑. มีข้อมูลในการดำเนินงาน	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
	ความรู้ ความเข้าใจและประพฤติปฏิบัติตนจริงอย่างเป็นรูปธรรมตามบทบาท อสค. ที่กำหนด	๒. มีการวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดจำนวนและกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
		๓. มีแผนการดำเนินงาน	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
		๔. มีการดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสค. และแผนที่เกี่ยวข้อง	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
		๕. ติดตาม ประเมินผลและปรับปรุงวิธีการแผนงาน	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
๓	มีการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างถูกต้องทันสมัย เป็นปัจจุบัน	๑. มีการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
		๒. มีการใช้ข้อมูลในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของ อสค. เชื่อมต่อกับข้อมูล ๔๓ แฟ้มของพื้นที่และ hdcservice ของกระทรวง สาธารณสุข	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
		๓. มีการส่งต่อข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและประเมินผล	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
๔	มีระบบสื่อสารเทคโนโลยีที่ทันสมัย	๑. มีการสร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค.กับ	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่และการตรวจติดตาม		จังหวัด ๑	จังหวัด ๒	จังหวัด	จังหวัด	รวม
	อสค. อสม.และเจ้าหน้าที่สื่อสารถึงกันได้ง่าย รวดเร็ว ทั่วถึง เหมาะสมกับบริบท	อสค.โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ค ฯลฯ						
			ผลงาน					
		๒. มีการสร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค. กับ อสม.โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ค ฯลฯ	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
		๓. มีการสร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค. อสม.และเจ้าหน้าที่โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ค ฯลฯ	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
๕	มีระบบสื่อสารเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัย ครอบครัวเข้าถึงได้ง่าย	มีการพัฒนาหรือประยุกต์ใช้ระบบสื่อสารและเทคโนโลยี เพื่อสร้างการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของ อสค.และของครอบครัว อาทิ แอพพลิเคชั่น ไลน์ เฟซบุ๊ค ฯลฯ	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
๖	มีครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ในระบบของกระทรวงสาธารณสุข	๑. มีระบบ/ทีม/กลไกการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
			ผลงาน					
		๒. มีการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	
		๒.๑ มีการประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค.	ผลงาน					
		๒.๒ มีการสุ่มประเมินตาม	เป้าหมาย	มี	มี	มี	มี	

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่และการตรวจติดตาม		จังหวัด ๑	จังหวัด ๒	จังหวัด	จังหวัด	รวม
		หลักการทางสถิติในขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๓๐						
			ผลงาน					

๒. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๓. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๔. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

แบบรายงานการตรวจราชการ

คณะที่ ๔

การบริหารจัดการ

ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ
หัวข้อ : แผนงานที่ ๑๒ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
ตัวชี้วัดที่ ๗๙ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....
.....

ประเด็นการตรวจราชการ แผนงานที่ ๑๒ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

๑. ประเด็นที่มุ่งเน้น

๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ /แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง)

หมายเหตุ **จัดทำแผนฯ ในทุกหมวดเงินงบประมาณ ประกอบด้วย**
- งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
- งบเงินอุดหนุน (งบลงทุน)
- งบรายงายจ่ายอื่น (งบลงทุน)
- เงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุง)

<u>ยกเว้น</u> งบค่าเสื่อม/ งบกระตุ้นเศรษฐกิจ ไตรมาสที่ ๔ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙/ งบกองทุนตำบลที่เป็นหมวดงบลงทุน (ถ้ามี)

๒. การป้องกันเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน

๓. การตอบสนองข้อร้องเรียน

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

(๑ ตุลาคม – ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๙)

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		จังหวัด ๑	อำเภอ ๑	อำเภอ ๑	รพช. ๑	รพช. ๑	รวม
๑	หน่วยงานมีการดำเนินการตามข้อคำถามการประเมินใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment) **ข้อ EB ๔-EB ๖ (EB ๑-EB ๓ เดิม)**	เป้าหมาย	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	
		ผลงาน						
		ระดับ						

๒.๒ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ (การวิเคราะห์ /สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกตามประเด็นและกรอบแนวทางการตรวจราชการ)

.....

.....

๓. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

.....

.....

๔. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย (กรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย) **และข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๕. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

.....

.....

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐
คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ
หัวข้อ : แผนงานที่ ๑๒ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
ตัวชี้วัดที่ ๗๙ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
จังหวัด..... เขตสุขภาพที่.....
.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ แผนงานที่ ๑๒ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		จังหวัด ๑	อำเภอ ๑	อำเภอ ๑	รพช. ๑	รพช. ๑	รวม
๑	หน่วยงานมีการดำเนินการตามข้อคำถามการประเมินใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment) **ข้อ EB ๔-EB ๖ (EB ๑-EB ๓ เดิม)**	เป้าหมาย	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	

๒.๒ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ (การวิเคราะห์ /สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกตามประเด็นและกรอบแนวทางการตรวจราชการ)

.....
.....

๓. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

.....
.....

๔. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย (กรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย) **และข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๕. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

.....

.....

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการ ระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ

หัวข้อ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

.....

ประเด็นการตรวจราชการ : การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาอย่างมีประสิทธิภาพและมีจริยธรรม

ส่วนที่ ๑ ข้อสังเกตที่พบ/ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

๑.๑ ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ

.....

.....

.....

.....

๑.๒ ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง หรือผู้บริหาร เพื่อการปรับปรุงนโยบาย แนวปฏิบัติ การดำเนินงาน กฎระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลตามเป้าหมาย การตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ

๒. มูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงาน (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาทั้งหมด)

ชื่อโรงพยาบาล	มูลค่าการจัดซื้อร่วม						มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด					รวมมูลค่าจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา		
	วิธีดำเนินการ	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	จัดซื้อร่วม	จัดซื้อทั้งหมด	คิดเป็นร้อยละ
๑.รพ.....	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													

ชื่อโรงพยาบาล	มูลค่าการจัดซื้อร่วม						มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด					รวมมูลค่าจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา		
	วิธีดำเนินการ	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	จัดซื้อร่วม	จัดซื้อทั้งหมด	คิดเป็นร้อยละ
๒.รพ.....	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													
๓.รพ.....	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													
ภาพรวมจังหวัด	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													

๓. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. ๒๕๕๗

๓.๑ มีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ในทุกระดับ

.....

.....

.....

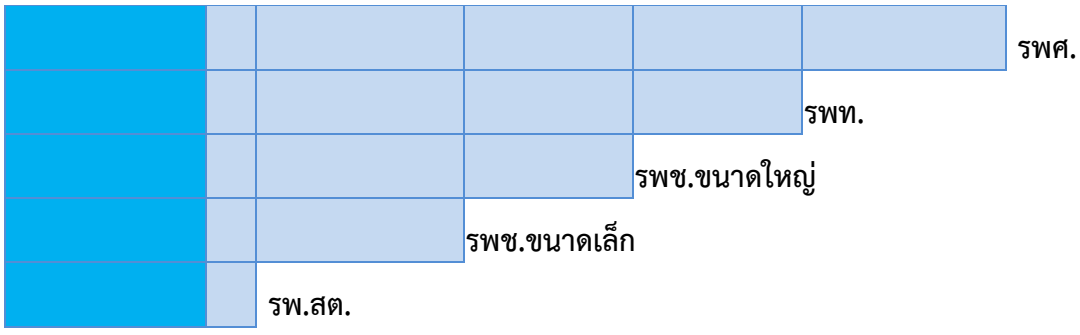
๓.๒ มีกรอบและบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่สอดคล้องและลดหลั่นตามระดับสถานบริการ เป้าหมายหรือเจตนารมณ์

.....

.....

.....

ความสอดคล้องและลดหลั่นกันตามระดับของโรงพยาบาล ตามประเภท Service Plan ตามแนวคิดดังนี้



๓.๓ มีแผนจัดซื้อ จัดจ้าง ยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

.....

.....

.....

๓.๔ มีการดำเนินการจัดซื้อถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุฯ

.....

.....

.....

๓.๕ จัดซื้อจัดจ้างร่วม

.....

.....

.....

๓.๖ มีการบริหารจัดการร่วม แผนการสำรองร่วม/คลังร่วม ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

.....

.....

.....

๓.๗ มีการรายงาน และประเมินผลการดำเนินงานตามลำดับชั้น ในเวลาที่กำหนด

.....

.....

๔. จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

๔.๑ มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม

.....

.....

ส่วนที่ ๓ นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

แบบ ตก.๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ

หัวข้อ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

.....

ประเด็นการตรวจราชการ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาอย่างมีประสิทธิภาพและมีจริยธรรม

ส่วนที่ ๑ ข้อสังเกตที่พบ/ ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

๑.๑ ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ

.....

.....

.....

.....

๑.๒ ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง หรือผู้บริหาร เพื่อการปรับปรุงนโยบาย แนวปฏิบัติ การดำเนินงาน กฎระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลตามเป้าหมาย การตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ

๑. มูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ในภาพรวมของเขต (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาทั้งหมด)

ชื่อจังหวัด	มูลค่าการจัดซื้อร่วม						มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด					รวมมูลค่าจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา		
	วิธีดำเนินการ	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	จัดซื้อร่วม	จัดซื้อทั้งหมด	คิดเป็นร้อยละ
๑.จังหวัด....	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													
๒.จังหวัด....	ต่อรองราคาร่วม													

ชื่อจังหวัด	มูลค่าการจัดซื้อร่วม						มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด					รวมมูลค่าจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา		
	วิธีดำเนินการ	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	จัดซื้อร่วม	จัดซื้อทั้งหมด	คิดเป็นร้อยละ
	แล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													
๓.จังหวัด....	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													
ภาพรวมเขต	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													

ภาพรวมมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ฯ ของเขตคิดเป็นร้อยละ .....ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ฯทั้งหมด โดยที่จังหวัดที่มีมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ฯ เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ได้แก่ จังหวัด....., จังหวัด.....และจังหวัด..... คิดเป็นร้อยละ ....., ... และ.....ตามลำดับ และจังหวัดที่มีมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ฯ น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ได้แก่ จังหวัด....., จังหวัด.....และจังหวัด.....คิดเป็นร้อยละ ....., ... และ.....ตามลำดับ

๒. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. ๒๕๕๗

๒.๑ มีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ทุกระดับ

.....

.....

.....

๒.๒ มีกรอบและบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่สอดคล้องและลดหลั่นตามระดับสถานบริการ

.....

.....

.....

๒.๓ มีแผนจัดซื้อ จัดจ้างยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

.....

.....

.....

๒.๔ มีการดำเนินการจัดซื้อถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุฯ

.....

.....

.....

๒.๕ จัดซื้อจัดจ้างร่วม

.....

.....

.....

๒.๖ มีการบริหารจัดการร่วม แผนการสำรองร่วม/คลังร่วม ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

.....

.....

.....

๒.๗ มีการรายงาน และประเมินผลการดำเนินงานตามลำดับชั้น ในเวลาที่กำหนด

.....

.....

.....

๓. จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

๓.๑ มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๓ นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบ ตก. ๑

คู่มือการเขียนรายงาน

แบบรายงานการตรวจราชการ ระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ

หัวข้อ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

.....

ประเด็นการตรวจราชการ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาอย่างมีประสิทธิภาพและมีจริยธรรม

ส่วนที่ ๑ ข้อสังเกตที่พบ/ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค

ข้อเสนอแนะ

๑.๑ ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ

.....

๑.๒ ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง หรือผู้บริหาร เพื่อการปรับปรุงนโยบาย แนวปฏิบัติ การดำเนินงาน กฎระเบียบ กฎหมาย

.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลตามเป้าหมาย การตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ

๑. มูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงาน (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาทั้งหมด)

ชื่อโรงพยาบาล	มูลค่าการจัดซื้อร่วม						มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด					รวมมูลค่าจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา		
	วิธีดำเนินการ	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	จัดซื้อร่วม	จัดซื้อทั้งหมด	คิดเป็นร้อยละ
๑.รพ.....	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													
๒.รพ.....	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													
๓.รพ.....	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													
ภาพรวมจังหวัด	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													

เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หมายถึง เวชภัณฑ์อื่นที่ใช้ในทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอ็กซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์

การจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หมายถึง การดำเนินการจัดซื้อจัดหาร่วมระดับจังหวัด/กรมและระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

๒. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. ๒๕๕๗

จังหวัด มีกิจกรรม/การดำเนินการในการพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ที่เป็นระบบ โปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทั้งในหน่วยงานเอง การเชื่อมต่อกันในระดับจังหวัดและระดับเขต มีการดำเนินการถูกต้องตามระเบียบพัสดุ และการควบคุมกำกับและรายงานเป็นลำดับชั้น สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๑ มีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ในทุกระดับ

.....

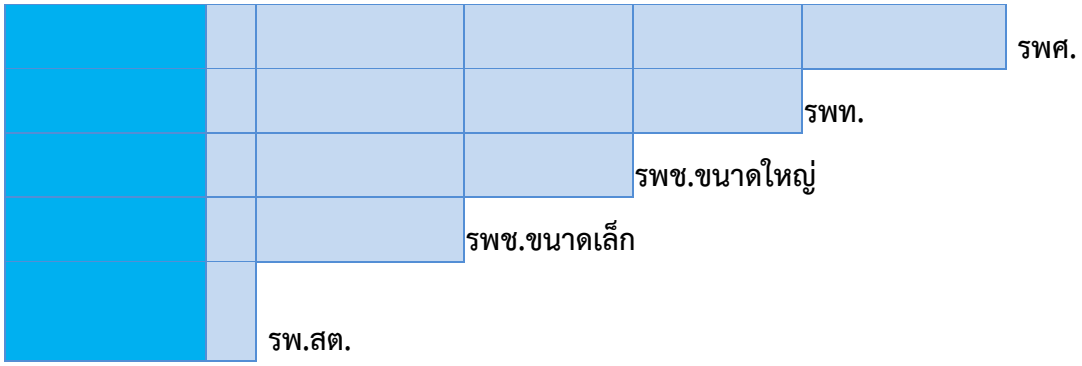
<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า จังหวัดมีการดำเนินการ ในประเด็นดังต่อไปนี้

- จังหวัดมีการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาประเภทต่างๆ แต่ละประเภท ในระดับหน่วยงาน และระดับจังหวัด ในรูปของคณะกรรมการ หรือไม่ อย่างไร โดยมีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ ระดับต่างๆ จำนวนชุด ให้อยู่ในดุลยพินิจของหน่วยงาน (ยกเว้น รพ.สต.ซึ่งมีบุคลากรน้อยมาก การดำเนินการให้ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการร่วมระดับอำเภอ หรือระดับจังหวัดตามความเหมาะสมและบริบทของแต่ละจังหวัด)
- จังหวัดมีการบริหารจัดการร่วมในเรื่องยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ในจังหวัดหรือเขต ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จะแต่งตั้งกรรมการร่วมระดับจังหวัด หรือกรรมการร่วมระดับเขตตามความเหมาะสม
- องค์ประกอบของคณะกรรมการต้องประกอบด้วยผู้แทนจากส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และกรรมการจะต้องมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และวางแผนการดำเนินการรวมถึงการควบคุมกำกับการดำเนินการตามแผนที่ชัดเจน โดยดูจากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาระดับต่างๆ รายงานการประชุม นโยบาย เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงาน

๒.๒ มีกรอบและบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่สอดคล้องและลดหลั่นตามระดับสถานบริการ เป้าหมายหรือเจตนารมณ์

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า จังหวัดมีการจัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีความสอดคล้องและลดหลั่นกันตามระดับของโรงพยาบาล รวมทั้งกรอบบัญชีรายการยาร่วมของจังหวัดเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการให้บริการตามประเภท Service Plan เพื่อให้เกิดการบริการและการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยมีแนวคิดดังนี้



๒.๓ มีแผนจัดซื้อ จัดจ้าง ยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า จังหวัดมีการดำเนินการ ให้ทุกหน่วยงานจัดทำแผนการจัดซื้อ จัดจ้างยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาประเภทต่างๆ ผ่านคณะกรรมการที่ได้แต่งตั้ง และมีการนำเสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นพิจารณาอนุมัติ ซึ่งในส่วนภูมิภาคให้ นพ.สสจ.เป็นผู้อนุมัติแผนและรวมถึงการปรับแผน โดยรายละเอียดที่จะต้องเสนอเพื่อขออนุมัติหรือความถี่ในการเสนอขอปรับแผนให้จังหวัดพิจารณากำหนด และต้องไม่ให้ขั้นตอนการขออนุมัติเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการของโรงพยาบาล

๒.๔ มีการดำเนินการจัดซื้อถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุฯ

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : เนื่องจากหลักการสำคัญของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ไม่ได้เป็นการยกเว้นให้ไม่ต้องปฏิบัติตามระเบียบพัสดุฯ แต่เป็นกระบวนการบริหารจัดการก่อนที่จะดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งต้องดำเนินการตามระเบียบพัสดุฯ ยกเว้นว่า ประเด็นใด จะได้รับการยกเว้นจากคณะกรรมการว่าด้วยการพัสดุ หรือมีมติคณะรัฐมนตรีกำหนดไว้เท่านั้น ดังนั้น ให้ผู้นิเทศ สอบทานกระบวนการดำเนินงาน**และ**ประเมินว่า เมื่อมีการจัดทำแผนจัดซื้อประจำปี (จะทำให้ทราบจำนวนและวงเงินที่คาดการณ์ว่าจะซื้อในปีต่อไป) จังหวัดมีการวางแผนในการดำเนินการจัดซื้อตามวงเงินที่ประมาณการในแผนในแต่ละรายการ ตามระเบียบพัสดุฯ และใช้สัญญาจะซื้อจะขายราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณยกเว้นหากในช่วงระยะเวลาที่กำลังดำเนินการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยารายการใดเกิดขาดจากคลัง ก็สามารถดำเนินการซื้อด้วยวิธีตกลงราคาไปพลางก่อนในระหว่างการดำเนินการได้

๒.๕ จัดซื้อจัดจ้างร่วม

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า จังหวัดมีการดำเนินการ ในประเด็นดังต่อไปนี้

- ยาหรือเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาประเภทต่างๆ ที่มีการใช้ร่วมกันมากหรือมีมูลค่าสูง ควรมีการดำเนินการร่วมกันในระดับจังหวัดหรือระดับเขต หรือระดับกรม

- การจัดซื้อร่วมในระดับเขต ในประเด็นเรื่องยา มีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๕๐ ให้สามารถดำเนินการจัดซื้อยาร่วมระดับเขต โดยการยื่นซองประกวดราคาและใช้สัญญาจะซื้อจะขายราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณ โดยสามารถจัดซื้อจาก ๑-๓ บริษัทได้ และให้แต่ละโรงพยาบาลสามารถออกใบสั่งซื้อตามความต้องการใช้ในแต่ละคราว

- สำหรับเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา กระทรวงสาธารณสุขได้ขอยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบพัสดุฯ เช่นเดียวกับยา แล้ว

- กรณียาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาสามารถดำเนินการในระดับจังหวัด และเสนอผู้ว่าราชการลงนามและใช้สัญญาจะซื้อจะขายราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณ พร้อมให้มอบอำนาจให้แต่ละโรงพยาบาลสามารถออกใบสั่งซื้อตามความต้องการใช้ในแต่ละคราวได้ เช่นเดียวกับการจัดซื้อยาร่วมเขต ซึ่งจะเป็นการดำเนินการตามอำนาจหัวหน้าส่วนราชการตามระเบียบพัสดุฯ

๒.๖ มีการบริหารจัดการร่วม แผนการสำรองร่วม/คลังร่วม ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า นอกจากการจัดซื้อร่วมแล้ว จังหวัดมีการดำเนินการจัดการให้มีการบริหารจัดการร่วม สำรองร่วมกัน หรือให้มีคลังร่วมกันของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาในระดับจังหวัด เช่น ให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ดำเนินการแทนโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัด และให้โรงพยาบาลต่างๆ มาเบิกจาก โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และจัดระบบการจ่ายเงินชดเชยที่ชัดเจน หรือกรณีการทดสอบทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เปิดบริการแล้วไม่คุ้มค่า เป็นต้น จังหวัดได้มีแนวทางบริหารจัดการร่วมอย่างไรในระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๒.๗ มีการรายงาน และประเมินผลการดำเนินงานตามลำดับชั้น ในเวลาที่กำหนด

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า จังหวัดมีระบบการควบคุมและกำกับติดตามการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา และวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวมทั้งประเมินความเสี่ยงในการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงานในจังหวัด มีการสรุปรายงานตามช่วงเวลาที่กำหนด และรายงานให้กระทรวงสาธารณสุขทราบ

๓. จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

๓.๑ มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า ในจังหวัด มีการประกาศแนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมโดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการกำหนดในเรื่องเกณฑ์จริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายอย่างไรบ้าง ที่จะเอื้อให้เกิดการปฏิบัติที่ดีของผู้เกี่ยวข้องกับระบบด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่ผู้บริหาร ผู้สั่งใช้และผู้ใช้ ผู้จัดซื้อจัดหา และรวมถึงระบบการกำกับ รายงาน และประเมินผลการดำเนินการในเรื่องดังกล่าวของโรงพยาบาลและจังหวัด

ส่วนที่ ๓ นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

แบบ ตก.๒

คู่มือการเขียนรายงาน

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ
หัวข้อ การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา
เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

.....

ประเด็นการตรวจราชการ : การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาอย่างมีประสิทธิภาพและมีจริยธรรม

ส่วนที่ ๑ ข้อสังเกตที่พบ/ ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค

.....

ข้อเสนอแนะ

๑.๑ ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ

.....

๑.๒ ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง หรือผู้บริหาร เพื่อการปรับปรุงนโยบาย แนวปฏิบัติ การดำเนินงาน กฎระเบียบ กฎหมาย

.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลตามเป้าหมาย การตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ

๑. มูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ในภาพรวมของเขต (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาทั้งหมด)

ชื่อจังหวัด	มูลค่าการจัดซื้อร่วม						มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด					รวมมูลค่าจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา		
	วิธีดำเนินการ	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	จัดซื้อร่วม	จัดซื้อทั้งหมด	คิดเป็นร้อยละ
๑.จังหวัด....	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ประกวดราคา/ e-bidding													
๒.จังหวัด....	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ประกวดราคา/ e-bidding													
๓.จังหวัด....	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ประกวดราคา/ e-bidding													

ชื่อจังหวัด	มูลค่าการจัดซื้อร่วม						มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด					รวมมูลค่าจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา		
	วิธีดำเนินการ	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	ยา	วัสดุการแพทย์	วัสดุทันต-กรรม	วัสดุเอกซ-เรย์	วัสดุวิทยาศาสตร์	จัดซื้อร่วม	จัดซื้อทั้งหมด	คิดเป็นร้อยละ
ภาพรวมเขต	ต่อรองราคาร่วมแล้วตกลงราคา													
	สอบราคา/ ประกวดราคา/ e-bidding													

เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หมายถึง เวชภัณฑ์อื่นที่ใช้ในทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอ็กซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์

การจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาหมายถึง การดำเนินการจัดซื้อจัดหาร่วมระดับจังหวัด/กรมและระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

ภาพรวมมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ฯ ของเขตคิดเป็นร้อยละ .....ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ฯทั้งหมด โดยที่จังหวัดที่มีมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ฯ เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ได้แก่ จังหวัด....., จังหวัด.....และจังหวัด..... คิดเป็นร้อยละ ....., ... และ.....ตามลำดับและจังหวัดที่มีมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ฯ น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ได้แก่ จังหวัด....., จังหวัด.....และจังหวัด.....คิดเป็นร้อยละ ....., ... และ.....ตามลำดับ

๒. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. ๒๕๕๗

๒.๑ มีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ทุกระดับ

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า เขตมีการดำเนินการ ในประเด็นดังต่อไปนี้

- เขตมีการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาประเภทต่างๆ ในหน่วยงานทุกระดับดำเนินการในรูปของคณะกรรมการหรือไม่ เช่น มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ระดับต่างๆ โดยจำนวนชุด ให้อยู่ในดุลยพินิจของหน่วยงาน (ยกเว้น รพ.สต.ซึ่งมีบุคลากรน้อยมาก การดำเนินการให้ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการร่วมระดับอำเภอ หรือระดับจังหวัด ตามความเหมาะสมและบริบทของแต่ละจังหวัด)
- เขตมีการบริหารจัดการร่วมในเรื่องยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ในจังหวัดหรือเขต ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างไร จะแต่งตั้งกรรมการร่วมระดับจังหวัด หรือกรรมการร่วมระดับเขตตามความเหมาะสม
- องค์ประกอบของคณะกรรมการต้องประกอบด้วยผู้แทนจากส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และกรรมการจะต้องมีหน้าที่ ในการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และวางแผนการดำเนินการรวมถึงการควบคุมกำกับการดำเนินการตามแผนที่ชัดเจน

๒.๒ มีกรอบและบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่สอดคล้องและลดหลั่นตามระดับสถานบริการ

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า เขตมีการจัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่มีความสอดคล้องและลดหลั่นกันตามระดับของโรงพยาบาล รวมทั้งกรอบบัญชีรายการยาร่วมของเขตและจังหวัดเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการให้บริการตามประเภท Service Plan เพื่อให้เกิดการบริการและการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ

๒.๓ มีแผนจัดซื้อ จัดจ้างยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า เขตสุขภาพมีการดำเนินการ ให้ทุกหน่วยงานจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาประเภทต่างๆ ผ่านคณะกรรมการที่ได้แต่งตั้ง และมีการนำเสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นพิจารณาอนุมัติซึ่งในส่วนภูมิภาคให้ นพ.สสจ.เป็นผู้อนุมัติแผนและรวมถึงการปรับแผน โดยรายละเอียดที่จะต้องเสนอเพื่อขออนุมัติหรือความถี่ในการเสนอขอปรับแผนให้จังหวัดพิจารณากำหนด และต้องไม่ให้ขั้นตอนการขออนุมัติเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการของโรงพยาบาล

๒.๔ มีการดำเนินการจัดซื้อถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุฯ

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : เนื่องจากหลักการสำคัญของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ไม่ได้เป็นการยกเว้นให้ไม่ต้องปฏิบัติตามระเบียบพัสดุฯ แต่เป็นกระบวนการบริหารจัดการก่อนที่จะดำเนินการจัดซื้อ ซึ่งต้องดำเนินการตามระเบียบพัสดุฯ ยกเว้นว่า ประเด็นใด จะได้รับการยกเว้นจากคณะกรรมการว่าด้วยการพัสดุหรือมีมติคณะรัฐมนตรีกำหนดไว้เท่านั้น ดังนั้น ให้ผู้นิเทศ สอบทานกระบวนการดำเนินงาน**และ**ประเมินว่าเมื่อมีการจัดทำแผนจัดซื้อประจำปี (จะทำให้ทราบจำนวนและวงเงินที่คาดการณ์ว่าจะซื้อในปีต่อไป) เขตมีการดำเนินการจัดการอย่างไร เช่น ให้หน่วยงานมีการวางแผนในการดำเนินการจัดซื้อตามวงเงินที่ประมาณการในแผนในแต่ละรายการ ตามระเบียบพัสดุฯ และใช้สัญญาจะซื้อจะขายราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณยกเว้นหากในช่วงระยะเวลาที่กำลังดำเนินการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยารายการใดเกิดขาดจากคลัง ก็สามารถดำเนินการซื้อด้วยวิธีตกลงราคาไปพลางก่อนในระหว่างการดำเนินการได้

๒.๕ จัดซื้อจัดจ้างร่วม

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า เขตมีการดำเนินการจัดการอย่างไร ในประเด็นดังต่อไปนี้

- ยาหรือเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่มีการใช้ร่วมกันมากหรือมีมูลค่าสูง ควรมีการดำเนินการร่วมกันในระดับจังหวัดหรือระดับเขต หรือระดับกรม

- การจัดซื้อร่วมในระดับเขต ในประเด็นเรื่องยา มีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๕๐ ให้สามารถดำเนินการจัดซื้อยาร่วมระดับเขต โดยการยื่นซองประกวดราคาและใช้สัญญาจะซื้อจะขายราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณ โดยสามารถจัดซื้อจาก ๑-๓ บริษัทได้ และให้แต่ละโรงพยาบาลสามารถออกใบสั่งซื้อตามความต้องการใช้ในแต่ละคราว

- สำหรับเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา กระทรวงสาธารณสุขได้ขอยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบพัสดุฯ เช่นเดียวกับยา แล้ว

- กรณียาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาสามารถดำเนินการในระดับจังหวัด และเสนอผู้ว่าราชการลงนามและใช้สัญญาจะซื้อจะขายราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณ พร้อมให้มอบอำนาจให้แต่ละโรงพยาบาลสามารถออกใบสั่งซื้อตามความต้องการใช้ในแต่ละคราวได้ เช่นเดียวกับการจัดซื้อยาร่วมเขต ซึ่งจะเป็นการดำเนินการตามอำนาจหัวหน้าส่วนราชการตามระเบียบพัสดุฯ

๒.๖ มีการบริหารจัดการร่วม แผนการสำรองร่วม/คลังร่วม ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า นอกจากการจัดซื้อร่วมแล้ว เขตมีการดำเนินการจัดการให้มีการบริหารจัดการร่วม สำรองร่วมกัน หรือให้มีคลังร่วมกันของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาในระดับจังหวัด/เขต และจัดระบบการบริหารจัดการด้านการเบิกจ่ายเงินที่ชัดเจน หรือกรณีการทดสอบทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เปิดบริการแล้วไม่คุ้มค่า เป็นต้นเขตได้มีแนวทางบริหารจัดการร่วมอย่างไรในระดับต่างๆ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๒.๗ มีการรายงาน และประเมินผลการดำเนินงานตามลำดับชั้น ในเวลาที่กำหนด

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า เขตมีระบบการควบคุมและกำกับติดตามการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา และวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวมทั้งประเมินความเสี่ยงในการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงานในเขต มีการสรุปรายงานตามช่วงเวลาที่กำหนด และรายงานให้กระทรวงสาธารณสุขทราบ

๓. จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

๓.๑ มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม

.....

<u>แนวทางการนิเทศ</u> : ให้ผู้นิเทศ ประเมินว่า เขตมีการกำกับติดตามให้ทุกหน่วยงานดำเนินการ ในเรื่องเกณฑ์จริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายอย่างไรบ้าง ที่จะเอื้อให้เกิดการปฏิบัติที่ดีของผู้เกี่ยวข้องกับระบบด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่ผู้บริหาร ผู้สั่งใช้และผู้ใช้ ผู้จัดซื้อจัดหา และรวมถึงในภาพรวมของระบบการรายงาน และประเมินผลการดำเนินการในเรื่องดังกล่าว

ส่วนที่ ๓ นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง (ถ้ามี).....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ
หัวข้อ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี ๒๕๖๐
จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....
.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด
๑.๒ ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่
๑.๓ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
๑.๔ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๐

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลงาน ปี ๒๕๕๙	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๐	ผลงาน ปี ๒๕๖๐	ร้อยละ
๑	จำนวนครั้งการปฏิบัติการฉุกเฉิน ของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ในแต่ละจังหวัด ที่บันทึกในระบบ ITEMS ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๙๕.๕ ของค่าเป้าหมายการออกปฏิบัติการ ในปี ๒๕๖๐ ที่ สพฉ.กำหนด				

๒.๒ **แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ** (การวิเคราะห์ /สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกตามประเด็นและกรอบแนวทางการตรวจราชการ)

๒.๒.๑ การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด

- คณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/ คณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน มีบทบาทในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (คำสั่ง/กระประชุม)

.....
.....
.....

- แผนการดำเนินงาน/แผนการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ปี ๖๐

.....
.....
.....

๒.๒.๒ ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่

หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน	จำนวนหน่วยปฏิบัติการ			
	ทั้งหมด	ระดับสูง (ALS)	ระดับพื้นฐาน (BLS)	ระดับเบื้องต้น (FR)
ปี ๒๕๕๗				
ปี ๒๕๕๘				
ปี ๒๕๕๙				

อำเภอ	จำนวนตำบล				
	ทั้งหมด	ที่มีหน่วยปฏิบัติการขึ้นทะเบียนในระบบ	ร้อยละ	ที่มีหน่วยปฏิบัติการออกปฏิบัติการจริง	ร้อยละ
๑. อำเภอ.....					
๒. อำเภอ.....					
๓. อำเภอ.....					
๔. อำเภอ.....					
.....					
รวมทั้งจังหวัด					

- แผนการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ในปี ๒๕๖๐

.....

.....

.....

๒.๒.๓ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

- สถานการณ์การรายงานข้อมูลในระบบฯ (ระยะเวลา/ผู้ที่รับผิดชอบลงบันทึกข้อมูล)

.....

.....

.....

- ปัญหา อุปสรรคในการลงบันทึกข้อมูลในระบบฯ

.....

.....

.....

๒.๒.๔ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

.....

.....

.....

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายและข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๓. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

.....

.....

.....

๔. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

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

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ
หัวข้อ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี ๒๕๖๐
เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด
๑.๒ ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่
๑.๓ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
๑.๔ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๐

จำนวนครั้งการปฏิบัติการฉุกเฉิน ของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ในแต่ละจังหวัด ที่บันทึกในระบบ ITEMS ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๙๕.๕ ของค่าเป้าหมายการออกปฏิบัติการในปี ๒๕๖๐ ที่ สพฉ.กำหนด

ลำดับ		ผลงาน ปี ๒๕๕๙	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๐	ผลงาน ปี ๒๕๖๐	ร้อยละ
๑	จังหวัด.....				
๒	จังหวัด.....				
๓	จังหวัด.....				
	....				
	รวมทั้งเขต				

๒.๒ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ (การวิเคราะห์ /สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกตามประเด็นและกรอบแนวทางการตรวจราชการ)

๒.๒.๑ การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด

- คณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/ คณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน มีบทบาทในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (คำสั่ง/กระประชุม)

.....
.....
.....

- แผนการดำเนินงาน/แผนการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ปี ๖๐

.....
.....
.....

๒.๒.๒ ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่

หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ในปี ๒๕๕๙	จำนวนหน่วยปฏิบัติการ			
	ทั้งหมด	ระดับสูง (ALS)	ระดับพื้นฐาน (BLS)	ระดับเบื้องต้น (FR)
๑. จังหวัด.....				
๒. จังหวัด.....				
๓. จังหวัด.....				
...				
รวมทั้งเขต				

อำเภอ	จำนวนตำบล				
	ทั้งหมด	ที่มีหน่วยปฏิบัติการขึ้นทะเบียนในระบบ	ร้อยละ	ที่มีหน่วยปฏิบัติการออกปฏิบัติการจริง	ร้อยละ
๑. จังหวัด.....					
๒. จังหวัด.....					
๓. จังหวัด.....					
.....					
รวมทั้งจังหวัด					

- แผนการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ในปี ๒๕๖๐

.....

.....

.....

๒.๒.๓ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

- สถานการณ์การรายงานข้อมูลในระบบฯ (ระยะเวลา/ผู้ที่รับผิดชอบลงบันทึกข้อมูล)

.....

.....

.....

- ปัญหา อุปสรรคในการลงบันทึกข้อมูลในระบบฯ

.....

.....

.....

๒.๒.๔ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

.....

.....

.....

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย และข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๓. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

.....

.....

.....

๔. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

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

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ **แบบ ตก.๑**

ภารกิจหลัก การติดตามนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

หัวข้อ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

เขตสุขภาพที่..... จังหวัด.....

.....

๑. หัวข้อ การบริหารการเงินการคลัง

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ (หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อจำนวน ๗ ข้อ)

<u>ประเด็นตรวจราชการ</u> การบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ปัญหาวิกฤติทางการเงิน (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๘ ของหน่วยบริการในพื้นที่)

ลำดับที่	ชื่อหน่วยบริการ	๑.แผนทางการเงิน (Planfin) มีความทันเวลาครบถ้วนถูกต้อง	๒.ผลต่างของแผนและผลไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕)	๓.หน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ไม่เกินค่า mean+๑ SD ของหน่วย	๔.หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพมากกว่า ๔ ตัว จากเกณฑ์ประเมิน ๗	๕.หน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนน FAI >๙๐	๖.หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คะแนนคุณภาพบัญชีด้วยการตรวจทางอิเล็คทรอนิกส์ ๑๐๐ คะแนน	๗.เครือข่าย CFO/Auditor ระดับเขต/จังหวัดผ่านการอบรม
๑	รพ...							
๒	รพ...							
๓	รพ...							
รวม								

๒.๒ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ (การวิเคราะห์ /สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกตามประเด็นและกรอบแนวทางการตรวจราชการ)

๓. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

๔. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย (กรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย) **และข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**

๕. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ตก.๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ภารกิจหลัก การติดตามนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

หัวข้อ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

เขตสุขภาพที่.....

.....

๑. หัวข้อ การบริหารการเงินการคลัง

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ (จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์แต่ละข้อรวม ๗ ข้อ)

ประเด็นตรวจราชการ **การบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ปัญหาวิกฤติทางการเงิน (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๘ ของหน่วยบริการในพื้นที่)**

จังหวัด	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)	๑.แผนทางการเงิน (Planfin) มีความทันเวลา ครบถ้วน ถูกต้อง	๒.ผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕)	๓.หน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ไม่เกินค่าmean+๑ SD ของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน (๒๐ กลุ่ม)	๔.หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพมากกว่า ๔ ตัว จากเกณฑ์ประเมิน ๗ ตัว	๕.หน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนน FAI > ๙๐	๖.หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คะแนนคุณภาพบัญชีด้วยการตรวจทางอิเล็คทรอนิกส์ ๑๐๐ คะแนน	๗.เครือข่าย CFO/Auditor ระดับเขต/จังหวัดผ่านการอบรม
รวม								

๒.๒ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ (การวิเคราะห์ /สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกตามประเด็นและกรอบแนวทางการตรวจราชการ)

๓. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

๔. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย (กรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย) **และข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**

๕. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ปัญหาวิกฤติทางการเงิน (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๘ ของหน่วยบริการในพื้นที่)

คำจำกัดความ	การให้คะแนน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑. แผนทางการเงิน (Planfin) มีความทันเวลา ครบถ้วน ถูกต้อง	ความทันเวลา = ส่งภายในกำหนด / ความครบถ้วน = ส่งครบทั้ง ๗ แผน และ ผ่านการลงนามจาก สสจ.และเขต / ความถูกต้อง = ต้องมีการประมาณการในแผน ๑-๕ ตามรายการที่กำหนด (ต้องผ่านทุกเงื่อนไข)	๑	๐
๒. ผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕)	ติดตามผลการดำเนินงาน เทียบกับ แผนทางการเงินทุกไตรมาส เงื่อนไข รายได้และค่าใช้จ่ายจะต้องมีผลต่างไม่เกิน ร้อยละ ๕	๑	๐
๓. หน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ไม่เกินค่า mean+๑ SD ของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน (๒๐ กลุ่ม)	ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยา เวชภัณฑ์ ว.วิทยาศาสตร์การแพทย์ ว.ทันตกรรม และค่าตอบแทนทุกรายการ เทียบกับ รายได้ค่ารักษา	๑	๐
๔. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ มากกว่า ๔ ตัว จากเกณฑ์ประเมิน ๗ ตัว	เกณฑ์ ๗ ตัวประกอบด้วย ๑) ประสิทธิภาพการทำกำไร Operating margin ๒) อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ Return on Asset ๓) ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้ากลุ่มบริการ ๔) ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้กลุ่มลูกหนี้ที่เรียกเก็บจาก สปสช. UC -OP/IP (AE) ๕) ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ กลุ่มลูกหนี้สิทธิข้าราชการที่เรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง ๖) ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้กลุ่มลูกหนี้สิทธิประกันสังคม (ในเครือข่าย) ๗) การบริหารสินค้าคงคลัง	๑	๐
๕. หน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนน FAI > ๙๐	ตามเกณฑ์การประเมิน FAI ปี ๖๐	๑	๐
๖. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คะแนนคุณภาพบัญชีด้วยการตรวจทางอิเล็คทรอนิกส์ ๑๐๐ คะแนน	ตามเกณฑ์การตรวจสอบบัญชีอิเล็คทรอนิกส์ของกลุ่มประกันสุขภาพ	๑	๐
๗. เครือข่าย CFO/Auditor ระดับเขต/จังหวัดผ่านการอบรม	มี CFO / Auditor ระดับเขต และจังหวัด ครบทุกแห่ง และ ได้รับการรอบรมพัฒนาศักยภาพ	๑	๐

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
หัวข้อ..การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
จังหวัด..... เขตบริการสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....
.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ.....ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		อำเภอ ๑	อำเภอ ๒	อำเภอ ๓	อำเภอ ๔	อำเภอ ๕	รวม
๑	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย (หลักสูตรการอบรมไม่ต่ำกว่า ๒ วันขึ้นไป) (มี/ไม่มี)	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		ร้อยละ						
๒	มีผลงานวิจัย/ R๒R ด้านสุขภาพอย่างน้อย ๕ เรื่อง/จังหวัด	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		ร้อยละ						
๓	หน่วยงานที่มีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้จัดทำ SOP และมีการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง ๑ ครั้ง/ปี (มีการประชุมพิจารณางานวิจัย)	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		ร้อยละ						
๔	จังหวัดรวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัย/ R๒R จากหน่วยงานในจังหวัด ส่งเป็นฐานข้อมูลผลงานวิจัย/ R๒R ระดับเขตสุขภาพ (จังหวัดรวบรวมข้อมูลส่งเขตสุขภาพได้ในเวลาที่กำหนด)	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		ร้อยละ						
๕	ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ (ร้อยละ ๒๐)	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		ร้อยละ						

๒.๒ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ (การวิเคราะห์ /สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกตามประเด็นและกรอบแนวทางการตรวจราชการ)

.....

.....

.

๓. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

.....

.....

๔. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย (กรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย) **และข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๕. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

.....

.....

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

แบบ ตก. ๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
ภารกิจหลัก.....
หัวข้อ...การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....
.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ.....ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

๒. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานหรือการบรรลุเป้าหมาย (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

๒.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		จังหวัด ๑	จังหวัด ๒	จังหวัด ๓	จังหวัด ๔	จังหวัด ๕	รวม
๑	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในทุกจังหวัดทุกเขตสุขภาพผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย อย่างน้อย ๑ คน/จังหวัด (หลักสูตรการอบรมไม่ต่ำกว่า ๒ วันขึ้นไป)	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		ร้อยละ						
๒	ในทุกจังหวัด ทุกเขตสุขภาพมีผลงานวิจัย/ R๒R ด้านสุขภาพ อย่างน้อย ๕ เรื่อง/จังหวัด	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		ร้อยละ						
๓	หน่วยงานที่มีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้จัดทำ SOP และมีการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี (มีการประชุมพิจารณางานวิจัย)	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		ร้อยละ						
๔	มีระบบฐานข้อมูลงานวิจัย/ R๒R ระดับเขตสุขภาพ โดยทุกจังหวัดรวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัย/ R๒R จากหน่วยงานในจังหวัด ส่งเป็นฐานข้อมูลผลงานวิจัย/ R๒R ระดับเขตสุขภาพ	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		ร้อยละ						
๕	ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ (ร้อยละ ๒๐)	เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		ร้อยละ						

๒.๒ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ (การวิเคราะห์ /สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกตามประเด็นและกรอบแนวทางการตรวจราชการ)

.....

.....

๓. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

.....

.....

๔. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย (กรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย) **และข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ

๕. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

.....

.....

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

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

แบบรายงานการตรวจราชการ

คณะที่ ๕

การตรวจราชการแบบบูรณาการ
ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

แบบสอบทานแนวทางการดำเนินการของจังหวัด

ทุกจังหวัดประเมินตนเองก่อนการลงตรวจราชการรอบที่ ๑ (Project and Progress Review)

งบประมาณสนับสนุนส่วนภูมิภาค แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

เจ้าภาพหลัก : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

โครงการ : พัฒนากฎหมาย มาตรการ แนวทางปฏิบัติและการกำกับดูแลบังคับใช้กฎหมายในการจัดการขยะอย่างเข้มงวด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... เขตสุขภาพที่.....

เป้าหมาย/ผลผลิต	กิจกรรมที่ต้องดำเนินการ	แนวทางการดำเนินการ	ปัญหา/อุปสรรค
๑. จังหวัดมีการพัฒนาต้นแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน การลดและคัดแยกขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายชุมชนที่ต้นทาง อย่างน้อยจังหวัดละ ๒ แห่ง (ดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบตามแผนงานบูรณาการฯ)	๑. วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการมูลฝอยทุกประเภทและมีแผนขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๒. ผลักดันให้มีมติของคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) เพื่อ ๒.๑ สนับสนุนและกำกับดูแลให้ท้องถิ่นมีการบังคับใช้กฎหมายด้านการจัดการมูลฝอย ๒.๒ ส่งเสริม สนับสนุนให้ท้องถิ่นขับเคลื่อนการจัดการมูลฝอยทุกประเภทตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation : EHA) ๓. จัดให้มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากทุกแหล่งกำเนิด และควบคุมกำกับการดำเนินงานของสถานที่กำจัดให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ๔. จัดทำฐานข้อมูลชุมชน/ท้องถิ่น ต้นแบบการลด และคัดแยกขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายชุมชนที่ต้นทาง ครอบคลุมกระบวนการดำเนินการ และข้อมูลปริมาณการเกิด การลด คัดแยก และการนำมูลฝอยไปใช้ประโยชน์ ๕. ส่งเสริม สนับสนุนให้ท้องถิ่น/ชุมชนมีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบการลด คัดแยก และนำมูลฝอยไปใช้ประโยชน์ อาทิ ให้ความรู้ อสม, เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น และ กำกับติดตาม เป็นต้น		

◈**ข้อเสนอแนะ(ในพื้นที่)**.....

◈**ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย**.....

ผู้รายงาน.....

<u>เจ้าภาพหลัก</u> สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๑๖ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๑๖

๑. นางณีรนุช อาภาจรัส นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
มือถือ ๐๘๑ ๕๖๖ ๘๘๗๙ E-mail : a.neeranuch@gmail.com

๒. นายประโชติ กราบกราน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
มือถือ ๐๘๑ ๖๒๖ ๔๑๑๑ E-mail : prachote.k@anamai.mail.go.th

๓. น.ส.นวรัตน์ อภิชัยนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
มือถือ ๐๘๓ ๗๗๗ ๖๒๒๙ E-mail : nawarat.t@anamai.mail.go.th

แบบสอบทานแนวทางการดำเนินการของจังหวัด

ทุกจังหวัดประเมินตนเองก่อนการลงตรวจราชการรอบที่ ๑ (Project and Progress Review)

งบประมาณสนับสนุนส่วนภูมิภาค แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๑. ประเด็นการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

เจ้าภาพหลัก : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

โครงการ : เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และผู้สัมผัสขยะ

กิจกรรม : สนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และผู้สัมผัสขยะ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... เขตสุขภาพที่.....

เป้าหมาย/ผลผลิต	กิจกรรมที่ต้องดำเนินการ	แนวทางการดำเนินการ	ปัญหา/อุปสรรค
๑. จังหวัดมีการดำเนินการในพื้นที่เสี่ยง ๑) มลพิษขยะ ๒๐ จังหวัด ๒) มลพิษทางอากาศ จังหวัดสระบุรี ระยอง และ ๙ จังหวัดหมอกควันภาคเหนือ ๓) มลพิษด้านอื่นๆ ๒. จังหวัดมีข้อมูลสถาน การณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพสำหรับพื้นที่เสี่ยง ๓. สนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ	**๑. ระบบฐานข้อมูล :** ๑.๑ ระบุปัญหาและความเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมของจังหวัด ๑.๒ กำหนดขอบเขตเชิงพื้นที่ที่เป็นพื้นที่เสี่ยง ๑.๓ ระบุประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม *การดำเนินการโดยใช้แบบสำรวจ :* - พื้นที่มลพิษขยะ : สำรวจข้อมูลทั่วไปและการบริหารจัดการบ่อขยะฯ (แบบ ข-๑) - พื้นที่มลพิษอื่นๆ : สำรวจข้อมูลแหล่งกำเนิดสิ่งคุกคามและประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (แบบ พส.๑) **๒. การจัดการ/การดำเนินการ** ๒.๑ เฝ้าระวังเชิงรุก ๑) เฝ้าระวังทางสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ๒) ตรวจคัดกรอง สอบสวนโรค ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัย		

เป้าหมาย/ผลผลิต	กิจกรรมที่ต้องดำเนินการ	แนวทางการดำเนินการ	ปัญหา/อุปสรรค
	การดำเนินการโดยใช้แบบคัดกรอง/สำรวจ : - สำรวจความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพสำหรับประชาชนที่อาศัยรอบพื้นที่บ่อขยะ (แบบ ข-๒) - สำรวจความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ประกอบอาชีพคัดแยก/รีไซเคิลขยะ (แบบ ข-๓) - คัดกรองผู้มีความเสี่ยงในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพเก็บคัดแยกและรีไซเคิลขยะ (แบบ อชก.-๒) - กรณีปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมอื่นๆ : ให้ทำการคัดกรองสุขภาพตามแบบฟอร์ม/แนวทางของประเด็นปัญหานั้น ๒.๒ เฝ้าระวังเชิงรับ : การตรวจวินิจฉัย รักษา ส่งต่อผู้ป่วย/ ผู้ที่สงสัย ๒.๓ การสื่อสารเตือนภัยและให้ความรู้ประชาชน ๒.๔ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ๒.๕ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และเครือข่ายในพื้นที่ ๒.๖ สนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ ๒.๗ การติดตามและรายงานผลการจัดการ/การดำเนินการ : - กรณีปัญหามลพิษขยะ : แบบรายงานและติดตามผลการดำเนินงานฯ ของประชาชนและผู้สัมผัสขยะ - กรณีปัญหามลพิษอื่นๆ : แบบรายงานผลการดำเนินงานดูแล เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (แบบ พส.๒)		

◈**ข้อเสนอแนะ(ในพื้นที่)**.....

◈**ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย**.....

ผู้รายงาน.....

เจ้าภาพหลัก **สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค**

๑. นางสุธิดา อุทะพันธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๔๓๙๓ โทรสาร ๐๒ ๕๙๐ ๔๓๘๘
มือถือ ๐๖๓ ๔๕๑ ๕๖๔๔ E-mail : env-med@googlegroups.com

๒. นางภัคนี สิริปูชกะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มยุทธศาสตร์
โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๔๓๙๒ โทรสาร ๐๒ ๕๙๑ ๘๑๘๙
มือถือ ๐๘๑ ๓๔๓ ๐๕๔๔ E-mail : occupah@gmail.com

๓. นายประหยัด เคนโยธา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๙๓ โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๘๑๘๙
มือถือ ๐๙๒ ๕๐๑ ๕๗๐๙ E-mail : env-med@googlegroups.com

๔. นางอรพรรณ ศิริวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๙๒ โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๘๑๘๙
มือถือ ๐๘๖ ๒๔๔ ๓๑๙๒ E-mail : occupah@gmail.com

แบบสอบทานแนวทางการดำเนินการของจังหวัด

ทุกจังหวัดประเมินตนเองก่อนการลงตรวจราชการรอบที่ ๒ (Monitoring & Evaluation) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๒. ประเด็นการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

เจ้าภาพหลัก **๑. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค**

๒. สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

A. ภาพรวมสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน

- แนวโน้มและสถานการณ์ RTI ยอดรวมผู้เสียชีวิต ๒๕๕๔-๒๕๕๙ (๕ ปีย้อนหลัง)
- จำแนกการตาย ตามปัจจัยเสี่ยงหลัก (คน รถ ถนน และสิ่งแวดล้อม)

B. ผลการดำเนิน ปัญหาอุปสรรคและข้อพิจารณาเสนอแนะที่สำคัญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... เขตสุขภาพที่.....

ประเด็นสำคัญ	แนวทางดำเนินงาน - กิจกรรมหลัก	หน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. ประเด็นเชิงระบบบริหารจัดการ	**๑. กลไกดำเนินงานของ ศปถ. ระดับต่างๆ** ๑.๑ ศปถ. จังหวัด - ประชุมได้ต่อเนื่อง (ทุกเดือน) - มีการรายงานข้อมูลสำคัญ (ตาย ๓ ฐาน, ผลสอบสวนกรณีเหตุการณ์สำคัญ) - มีการกำหนดแผนบูรณาการและติดตามผลการแก้ปัญหาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๑.๒ ศปถ. อำเภอ / ศปถ. อปท. - มีการกำหนดเลขานุการร่วมและประชุมได้ต่อเนื่อง - มีการรายงานข้อมูลสำคัญ (ตาย ๓ ฐาน, ผลสอบสวนกรณีเหตุการณ์สำคัญ)	**๑. มหาดไทย** : สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด, ท้องถิ่นจังหวัด **๒. สาธารณสุข** : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลในจังหวัด (รพศ./รพท.) **๓. ตำรวจภูธรจังหวัด** **๔. คมนาคม** : แขวงทางหลวง แขวงทางหลวงชนบท ขนส่งจังหวัด			

ประเด็นสำคัญ	แนวทางดำเนินงาน - กิจกรรมหลัก	หน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	- มีการกำหนดแผนบูรณาการและติดตามผลการแก้ปัญหาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง **๒. กลไกจัดการ “ระบบข้อมูล” ได้แก่** ๒.๑ บูรณาการข้อมูลตาย ๓ ฐาน (ตร. สธ. ประกัน) - รวบรวม วิเคราะห์และนำเสนอ ศปถ. จังหวัด/ ศปถ.อำเภอ ๒.๒ การสอบสวนอุบัติเหตุสำคัญ - มีการสอบสวนหาสาเหตุ การบาดเจ็บและเสียชีวิต (แบบสหสาขา) พร้อมทั้งนำเสนอ ๒.๓ การระบุ “จุดเสี่ยง” และความเสี่ยงหลักอื่นๆ (พฤติกรรม ยานพาหนะ ฯลฯ) - มีการระบุ “จุดเสี่ยง” เพื่อเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแก้ไข **๓. กำหนดให้มี “มาตรการด้านความปลอดภัยทางถนน” ในระดับต่างๆ** ๓.๑ มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐ เอกชน - มีนโยบายและมาตรการให้หน่วยงานกำหนด “มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน” เช่น การ MOU ระหว่างหน่วยงาน - การการรณรงค์สื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องอุบัติเหตุทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๓.๒ มาตรการความปลอดภัยทางถนนในสถานประกอบการ / สถานศึกษา	**๕. หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง** เช่น ศธ. สวัสดิการแรงงานจังหวัด			

ประเด็นสำคัญ	แนวทางดำเนินงาน - กิจกรรมหลัก	หน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	- เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน (จป.) ในสถานประกอบการมีการนำเรื่องความปลอดภัยทางถนน มากำหนดแนวทางดำเนินงาน ตั้งแต่ บ่งชี้ความเสี่ยง ทบทวน/กำหนดแผนงานดำเนินการและติดตามผล ฯลฯ ๓.๓ มาตรการในระดับชุมชน - การกำหนด **"ธรรมนูญชุมชน"** ด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อจัดการความเสี่ยงสำคัญในชุมชน - การตั้ง **"ด่านชุมชน"** ของท้องถิ่น/ชุมชน ทั้งในช่วงเทศกาล และงานบุญประเพณีสำคัญ				
๒. ประเด็นเชิงความเสี่ยงหลัก *ตามที่นโยบาย (มติ ครม./นปถ.) มุ่งเน้น*	๑. การจัดการ **"ความเร็ว"** โดยเฉพาะความเร็วในเขตเมือง - มีการกำหนดจุดจัดการเพื่อ "ลดความเร็ว" โดยเฉพาะ หน้าโรงเรียน ตลาด/ชุมชน - มีสื่อสารประชาสัมพันธ์และการบังคับใช้กฎหมาย ๒. การจัดการแก้ไข **"จุดเสี่ยง"** โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น/ชุมชน - ระบุจุดเสี่ยง (ข้อมูลจากหน่วยงาน หรือการสำรวจ) - รวบรวมผลการจัดการจุดเสี่ยงสำคัญ อย่างน้อย ๕ จุด/ไตรมาส (ผล Before-After) ๓. การจัดการปัญหา **"ดื่ม/ เมาแล้วขับ"** - ใช้ข้อมูลระบุ "กลุ่มเสี่ยง" (กลุ่มเป้าหมาย) ให้	**๑. มหาดไทย** : สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด, ท้องถิ่นจังหวัด **๒. สาธารณสุข** : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลในจังหวัด (รพศ./รพท.) **๓. ตำรวจภูธรจังหวัด** **๔. คมนาคม** : แขวงทางหลวง แขวงทางหลวงชนบท ขนส่งจังหวัด **๕. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น**			

ประเด็นสำคัญ	แนวทางดำเนินงาน - กิจกรรมหลัก	หน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	ชัดเจน - รณรงค์ประชาสัมพันธ์ ควบคู่ไปกับการใช้มาตรการทางสังคม/มาตรการองค์กร เช่น วัดปลอดเหล้า งานศพ-งานบุญ งานเลี้ยงในองค์กรปลอดเหล้า - บังคับใช้กฎหมาย โดยเพิ่มการตรวจวัดแอลกอฮอล์ ด่านตรวจ โรงพยาบาลฯ - ติดตามประเมินผล ทั้งภาพรวมและโดยเฉพาะกับกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ๔. การจัดการ **“พฤติกรรมเสี่ยงหลักอื่นๆ”** ได้แก่ ๔.๑ **หมวกนิรภัย ๑๐๐%** **-** ใช้ข้อมูลระบุ “กลุ่มเสี่ยง” (กลุ่มเป้าหมาย) ให้ชัดเจน - รณรงค์ประชาสัมพันธ์ ควบคู่ไปกับการใช้มาตรการทางสังคม/มาตรการองค์กร - กำหนดให้ “ผู้นำชุมชน-ผู้นำหน่วยงาน” ต้องเป็นแบบอย่างในการสวมหมวก ๑๐๐% - มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มหลักๆ ที่กำหนดไว้ - จัดทำข้อมูล “บาดเจ็บศีรษะ” เพื่อใช้ประกอบการ monitor การดำเนินงาน ๔.๒ **เข็มขัดนิรภัย โดยเฉพาะรถโดยสารสาธารณะ** **-** เข้มงวดกับการติดตั้งและอำนวยความสะดวกในการใช้งานของเข็มขัดนิรภัย	**๖. หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง** เช่น ศธ. สวัสดิการแรงงานจังหวัด			

ประเด็นสำคัญ	แนวทางดำเนินงาน - กิจกรรมหลัก	หน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	- รณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้ผู้ประกอบการเพิ่มมาตรการเตือนผู้โดยสาร “คาดเข็มขัดนิรภัย” - กรณีเกิดเหตุ ทีมสอบสวนมีข้อมูลการใช้เข็มขัดนิรภัยในผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต				

◈ **ข้อเสนอแนะ (ในพื้นที่)** .....

◈ **ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย** .....

ผู้รายงาน.....

เจ้าภาพหลัก ๑. **สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค** โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๐ โทรสาร ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๖๗

๑.๑ นพ.ดิเรก ขำแป้น ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ

๑.๒ นางนงนุช ตันติธรรม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ มือถือ ๐๘๙ ๗๘๘ ๓๐๒๐ E-mail : nuchtt@hotmail.com

๑.๓ นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๒. **สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๑๘๕๑ โทรสาร ๐๒ ๕๙๐ ๑๗๗๑

๒.๑ นพ.กิตติ์พงศ์ สัญชาตวิรุฬห์ ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน

๒.๒ น.ส.นิตยา คณิตสาร นักวิชาการสาธารณสุข มือถือ ๐๙๓ ๑๒๖ ๕๗๐๘ E-mail : kanitsarn@gmail.com

๒.๓ น.ส.พรสุดา คำเหลือง นักวิชาการสาธารณสุข มือถือ ๐๙๘ ๕๘๒ ๗๗๐๙

หมายเหตุ **สามารถ Download แบบสอบทานแนวทางการดำเนินการของจังหวัด ตั้งแต่วันที่ ๓๐ พ.ย. ๒๕๕๙ ได้ที่ http://bie.moph.go.th และส่งกลับมาที่ สำนักตรวจและประเมินผล E-mail : health.inspect2559@gmail.com ภายในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๙**

ผู้รับผิดชอบ สำนักตรวจและประเมินผล โทร. ๐๒ ๕๙๐ ๑๖๐๒ โทรสาร ๐๒ ๕๙๐ ๑๐๒๐ **E-mail : health.inspect2559@gmail.com**

๑. นางลักษณา ว่องประทานพร หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ มือถือ ๐๘๔ ๘๗๔ ๔๐๙๖

๒. นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ มือถือ ๐๘๕ ๐๕๗ ๔๘๑๔

๓. นายพีระพล กล้าหาญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน มือถือ ๐๙๕ ๗๔๙ ๙๗๙๗



ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘

.....

โดยที่การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นไปตามหลักการการบริหารแบบบูรณาการและการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๘) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี จึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘"

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๓๒

(๒) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๙

(๓) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๔๔

(๔) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการใช้สมุดตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๒

(๕) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยมาตรฐานทางคุณธรรมและจริยธรรมของผู้ตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๔

ข้อ ๔ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับกับการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการของหน่วยงานของรัฐทุกหน่วย ยกเว้นการตรวจราชการในหน่วยงานของรัฐสังกัดกระทรวงกลาโหม

ข้อ ๕ ในระเบียบนี้

“ผู้ตรวจราชการ” หมายความว่า ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ตรวจราชการกรม หรือผู้ดำรงตำแหน่งที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีหน้าที่ในการตรวจราชการ แต่ไม่รวมถึงผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบภายใน

“ผู้รับการตรวจ” หมายความว่า หน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่อยู่ในหน่วยงานของรัฐ

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า

(๑) ราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น

(๒) หน่วยงานในการบริหารราชการในต่างประเทศ

(๓) รัฐวิสาหกิจ

(๔) หน่วยงานของรัฐที่อยู่ในกำกับของฝ่ายบริหาร

“เจ้าหน้าที่ของรัฐ” หมายความว่า ผู้ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ แต่ไม่รวมถึงสมาชิกสภาท้องถิ่น

“กระทรวง” หมายความรวมถึงสำนักนายกรัฐมนตรี และทบวงด้วย

“ปลัดกระทรวง” หมายความรวมถึงปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี และปลัดทบวงด้วย

“กรม” หมายความรวมถึงส่วนราชการที่มีฐานะเป็นกรม และส่วนราชการที่ไม่มีฐานะเป็นกรมแต่มีผู้บังคับบัญชาของส่วนราชการเป็นอธิบดีหรือผู้ดำรงตำแหน่งที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีฐานะเป็นอธิบดี

“อธิบดี” หมายความรวมถึงหัวหน้าส่วนราชการของกรมด้วย

ข้อ ๖ ให้ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีรักษาการตามระเบียบนี้

หมวด ๑

วัตถุประสงค์และขอบเขตของการตรวจราชการ

.....

ข้อ ๗ การตรวจราชการมีวัตถุประสงค์ดังนี้

(๑) เพื่อชี้แจง แนะนำ หรือทำความเข้าใจกับหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐเกี่ยวกับแนวทางและการปฏิบัติงานหรือการจัดทำภารกิจตามนโยบายของรัฐบาล และแผนต่างๆ ของชาติและของหน่วยงานของรัฐ

(๒) เพื่อตรวจติดตามว่าหน่วยงานของรัฐได้ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ มติของคณะรัฐมนตรี และคำสั่งของนายกรัฐมนตรี และเป็นไปตามความมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายของรัฐบาล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนการบริหารราชการแผ่นดิน แผนหรือยุทธศาสตร์ใดๆ ที่กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ชาติ หรือวาระแห่งชาติหรือไม่

(๓) เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรค รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าในการปฏิบัติงานหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐ

(๔) เพื่อสดับตรับฟังทุกข์สุข ความคิดเห็น และความต้องการ ของเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชน

(๕) เพื่อแสวงหาข้อเท็จจริง และสืบสวนสอบสวนเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในพื้นที่

ข้อ ๘ การตรวจราชการตามระเบียบนี้ ให้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการประจำปี หรือตามที่ได้รับคำสั่งจากผู้บังคับบัญชา นายกรัฐมนตรี หรือคณะรัฐมนตรี

แผนการตรวจราชการประจำปีตามวรรคหนึ่ง ให้จัดทำตามรอบปีงบประมาณ โดยให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐและผู้ตรวจราชการร่วมกันจัดทำให้แล้วเสร็จภายในเดือนตุลาคมของปีงบประมาณนั้น

ถ้าในกระทรวงใดมีผู้ตรวจราชการทั้งในระดับกระทรวงและระดับกรม แผนการตรวจราชการประจำปีของกรม ต้องสอดคล้องกับแผนการตรวจราชการประจำปีของกระทรวง

ภายในเดือนกันยายนของทุกปี ให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเชิญหัวหน้าหน่วยงานที่มีแผนการตรวจราชการประจำปีตามวรรคสอง หรือผู้ตรวจราชการที่หัวหน้าหน่วยงานมอบหมายมาร่วมประชุมปรึกษาหารือเพื่อจัดทำแผนการตรวจราชการประจำปีให้สอดคล้องโดยไม่ซ้ำซ้อนกันและเกิดการบูรณาการ รวมตลอดทั้งการกำหนดมาตรฐานและเครื่องมือในการตรวจติดตามของผู้ตรวจราชการให้เป็นแนวเดียวกันสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้

เมื่อที่ประชุมตามวรรคสามได้ข้อยุติเป็นประการใด ให้หน่วยงานทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามข้อยุตินั้น

ข้อ ๙ ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี รับผิดชอบและมีอำนาจและหน้าที่ในการตรวจราชการเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการในภาพรวมของหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกหน่วยในฐานะผู้สอดส่องดูแลแทนคณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

ผู้ตรวจราชการกระทรวง รับผิดชอบและมีอำนาจและหน้าที่ในการตรวจราชการเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการของหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐ เฉพาะในขอบเขตอำนาจและหน้าที่ของกระทรวง ในฐานะผู้สอดส่องดูแลแทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวง รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวง และปลัดกระทรวง

ผู้ตรวจราชการกรม รับผิดชอบและมีอำนาจและหน้าที่ในการตรวจราชการเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการของหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐ เฉพาะในขอบเขตอำนาจและหน้าที่ของกรมในฐานะผู้สอดส่องดูแลแทนอธิบดี

ข้อ ๑๐ ในการตรวจราชการหากมีกรณีที่ต้องตรวจติดตามแผนงาน งาน และโครงการในเรื่องเดียวกัน ให้ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้ตรวจราชการกระทรวง และผู้ตรวจราชการกรม ที่เกี่ยวข้องประสานงานหรือร่วมกันดำเนินการ เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล และความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐและประโยชน์สุขของประชาชน

ข้อ ๑๑ การแบ่งพื้นที่การตรวจราชการ ให้เป็นไปตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี

หมวด ๒
อำนาจและหน้าที่ของผู้ตรวจราชการ

.....

ข้อ ๑๒ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการตรวจราชการตามข้อ ๗ ให้ผู้ตรวจราชการมีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) สั่งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้รับการตรวจปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้ถูกต้องตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ มติของคณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งของนายกรัฐมนตรี

(๒) สั่งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้รับการตรวจปฏิบัติหรืองดเว้นการปฏิบัติในเรื่องใดๆ ในระหว่างการตรวจราชการไว้ก่อน หากเห็นว่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ทางราชการหรือประโยชน์ของประชาชนอย่างร้ายแรง และเมื่อได้สั่งการดังกล่าวแล้ว ให้รายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อทราบหรือพิจารณาโดยด่วน

(๓) สั่งให้หน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐชี้แจง ให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารและหลักฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเพื่อประกอบการพิจารณา

(๔) สอบข้อเท็จจริง สืบสวนสอบสวน หรือสดับตรับฟังเหตุการณ์ เมื่อได้รับการร้องเรียน หรือมีเหตุอันสมควร โดยประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานตรวจสอบอื่นๆ เพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนหรือปัญหาอุปสรรคของหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ

(๕) ประเมินผลการปฏิบัติราชการของผู้รับการตรวจ และรายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อทราบ

(๖) เรียกประชุมเจ้าหน้าที่ของรัฐเพื่อชี้แจง แนะนำ หรือปรึกษาหารือร่วมกัน

ข้อ ๑๓ ในกรณีที่ผู้ตรวจราชการสั่งตามข้อ ๑๒ (๒) ให้ผู้รับการตรวจปฏิบัติตามคำสั่งนั้นโดยพลัน ในกรณีที่ผู้รับการตรวจไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าวได้ ให้ผู้รับการตรวจชี้แจงข้อขัดข้อง พร้อมเหตุผลให้ผู้ตรวจราชการทราบ และให้ผู้ตรวจราชการรายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อพิจารณาสั่งการต่อไป

ข้อ ๑๔ ในการตรวจราชการ ให้ผู้ตรวจราชการถือและปฏิบัติตามระเบียบและธรรมเนียมของทางราชการ และมาตรฐานในการปฏิบัติหน้าที่และจริยธรรมของผู้ตรวจราชการตามหมวด ๔

ข้อ ๑๕ เพื่อให้การตรวจราชการ เป็นไปอย่างมีเอกภาพและประสิทธิภาพ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวง หรือกรมใด โดยสภาพและปริมาณงานสมควรมีหัวหน้าผู้ตรวจราชการ ให้ผู้มีอำนาจตามกฎหมายมีอำนาจแต่งตั้งผู้ตรวจราชการคนใดคนหนึ่งเป็นหัวหน้าผู้ตรวจราชการ และจะให้มีรองหัวหน้าผู้ตรวจราชการด้วยก็ได้

ในกรณีมีความจำเป็นและเพื่อประโยชน์ของทางราชการ อาจขอกำหนดให้มีตำแหน่งหัวหน้าผู้ตรวจราชการเป็นการเฉพาะก็ได้

ให้หัวหน้าผู้ตรวจราชการมีอำนาจและหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ตรวจราชการเพื่อให้การปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการเป็นไปตามระเบียบนี้

ข้อ ๑๖ ผู้รับการตรวจมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือแก่ผู้ตรวจราชการในการเข้าไปในสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อประโยชน์ในการตรวจราชการ

(๒) จัดเตรียมบุคคล เอกสาร หรือหลักฐานในการปฏิบัติงานให้ครบถ้วน และพร้อมที่จะให้ผู้ตรวจราชการตรวจสอบได้

(๓) ชี้แจงและตอบข้อซักถามต่างๆ พร้อมทั้งหาข้อมูลเพิ่มเติมให้แก่ผู้ตรวจราชการ

(๔) ปฏิบัติหรืองดเว้นการปฏิบัติงานใดๆ ที่ผู้ตรวจราชการได้สั่งการในระหว่างตรวจราชการไว้ก่อน หากไม่สามารถดำเนินการได้ตามที่ผู้ตรวจราชการสั่งการ ให้ชี้แจงข้อขัดข้องพร้อมเหตุผลให้ผู้ตรวจราชการทราบโดยเร็ว

(๕) ดำเนินการอื่นที่เป็นประโยชน์ในการตรวจราชการ

หมวด ๓
การรายงานและการดำเนินการตามผลการตรวจราชการ

.....

ข้อ ๑๗ ภายใต้บังคับข้อ ๑๘ เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจราชการในแต่ละคราว ให้ผู้ตรวจราชการรายงานผลการตรวจราชการ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีผู้ตรวจราชการสำ นักนายกรัฐมนตรี ให้รายงานถึงปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี และในกรณีที่ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเห็นว่ามีปัญหาสำคัญ ให้สรุปรายงานเสนอรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายให้สั่งและปฏิบัติราชการ หรือกำกับการบริหารราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และรองนายกรัฐมนตรีซึ่งกำกับดูแลเขตพื้นที่เพื่อทราบหรือพิจารณาสั่งการต่อไป

(๒) กรณีผู้ตรวจราชการกระทรวง ให้รายงานถึงปลัดกระทรวง หรือหัวหน้ากลุ่มภารกิจที่รับผิดชอบ และในกรณีที่ปลัดกระทรวงหรือหัวหน้ากลุ่มภารกิจที่รับผิดชอบเห็นว่ามีปัญหาสำคัญให้สรุปรายงานเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเจ้าสังกัดเพื่อทราบหรือพิจารณาสั่งการต่อไป

(๓) กรณีผู้ตรวจราชการกรม ให้รายงานถึงอธิบดี และในกรณีที่อธิบดี เห็นว่ามีปัญหาสำคัญ ให้สรุปรายงานเสนอหัวหน้ากลุ่มภารกิจเพื่อทราบหรือพิจารณาสั่งการต่อไป ในกรณีที่ไม่มีหัวหน้ากลุ่มภารกิจ ให้รายงานปลัดกระทรวงเจ้าสังกัดแทน

การรายงานผลการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการต่อรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรี ที่ได้รับมอบหมายให้กำกับการปฏิบัติราชการในเขตพื้นที่ ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรีสั่งการ ในกรณีที่ผู้ตรวจราชการรายงานถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุง ให้เป็นหน้าที่ของผู้ตรวจราชการซึ่งจัดทำรายงานที่จะคอยติดตามผลการดำเนินการของหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และถ้าพ้นหกสิบวันแล้วยังมิได้มีการดำเนินการแก้ไขหรือปรับปรุงอย่างหนึ่งอย่างใด ให้รายงานรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายให้กำกับการปฏิบัติราชการในเขตพื้นที่เพื่อพิจารณาสั่งการต่อไป

สำหรับการรายงานผลการตรวจราชการตามข้อ ๑๐ ให้ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้ตรวจราชการกระทรวง และผู้ตรวจราชการกรม แล้วแต่กรณี พิจารณา ประมวลผล วิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนของปัญหาร่วมกัน และนำรายงานเสนอแนะผู้มีอำนาจ หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อทราบหรือพิจารณาสั่งการ แล้วแต่กรณี

ข้อ ๑๘ ในการตรวจราชการแต่ละครั้ง ถ้าผู้ตรวจราชการพบเห็นปัญหา อุปสรรค หรือแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนหรือสังคมหรือประเทศเป็นส่วนรวม หรือต่อผลสัมฤทธิ์ของโครงการหรือแผนงาน ให้รีบจัดทำรายงานโดยสรุปพร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในเรื่องนั้น เพื่อดำเนินการแก้ไขให้ลุล่วงโดยเร็ว แล้วแจ้งให้ผู้ตรวจราชการทราบภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับรายงานจากผู้ตรวจราชการ

เมื่อครบกำหนดเวลาตามวรรคหนึ่ง ถ้าผู้ตรวจราชการยังมิได้รับแจ้งผลการดำเนินการ หรือได้รับแจ้งว่าปัญหาหรืออุปสรรคดังกล่าวอยู่นอกเหนืออำนาจของหน่วยงานของรัฐนั้น ให้ผู้ตรวจราชการรายงานผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานของรัฐนั้นเหนือขึ้นไปชั้นหนึ่ง และในกรณีที่ยังมิได้แก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคดังกล่าวภายในเวลาอันสมควร สำหรับกรณีเป็นรายงานของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีหรือผู้ตรวจราชการกระทรวงให้รายงานให้นายกรัฐมนตรีทราบ หรือกรณีเป็นรายงานของผู้ตรวจราชการกรมให้รายงานให้รัฐมนตรีเจ้าสังกัดทราบ

ข้อ ๑๙ ในการตรวจราชการ หากมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องรายงานหรือจะต้องขอคำวินิจฉัยสั่งการจากผู้มีอำนาจ ให้ผู้ตรวจราชการดำเนินการโดยพลันโดยทางโทรศัพท์ หรือเครื่องมือสื่อสารอื่น และให้บันทึกการดำเนินการดังกล่าวไว้ในรายงานผลการตรวจราชการด้วย

ข้อ ๒๐ การรายงานผลการตรวจราชการ ให้จัดทำโดยสรุปให้เห็นถึงสภาพตามวัตถุประสงค์ของการตรวจราชการพร้อมทั้งปัญหาหรืออุปสรรค โดยจะเสนอแนะแนวทางแก้ไขด้วยก็ได้

ในกรณีที่ได้แนะนำหรือสั่งการด้วยวาจาไว้ให้สรุปคำแนะนำและการสั่งการนั้นไว้ในรายงานด้วย

หมวด ๔
มาตรฐานในการปฏิบัติหน้าที่และจริยธรรมของผู้ตรวจราชการ
.....

ข้อ ๒๑ ผู้ตรวจราชการพึงรวบรวมข้อมูลและติดตามข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องที่จะตรวจอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน และทำหน้าที่สอดส่องดูแลงานราชการทั้งที่เป็นของหน่วยงานของรัฐต้นสังกัดของตนและราชการของหน่วยงานของรัฐอื่น ตรวจติดตามงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้บังคับบัญชาวินิจฉัยสั่งการในการแก้ไขปัญหาได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง

ในกรณีที่พบเห็นปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น ไม่ว่าจะอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานของรัฐที่ตนสังกัดหรือไม่ ให้เป็นหน้าที่ที่จะต้องรายงานให้หน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในกิจการนั้นได้ทราบโดยทันทีด้วย และให้นำความในข้อ ๑๘ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ข้อ ๒๒ ผู้ตรวจราชการต้องร่วมมือและประสานงานระหว่างกันทุกระดับการตรวจราชการ รวมทั้งประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานตรวจสอบหรือติดตามประเมินผลของส่วนราชการต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่การบริหารราชการแผ่นดิน

ข้อ ๒๓ ผู้ตรวจราชการต้องไม่รับสิ่งของมีค่าหรือผลประโยชน์ใดๆ จากผู้รับการตรวจหรือผู้เกี่ยวข้อง

หมวด ๕
สมุดตรวจราชการ
.....

ข้อ ๒๔ ให้หน่วยงานของรัฐที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคจัดให้มีสมุดตรวจราชการไว้ประจำ ณ สำนักงานหรือที่ทำการ

หน่วยของรัฐอื่นที่มิใช่หน่วยงานของรัฐตามวรรคหนึ่ง จะจัดให้มีสมุดตรวจราชการตามที่เห็นสมควรหรือจำเป็นก็ได้

สมุดตรวจราชการอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญ ในเรื่องดังต่อไปนี้

(๑) วัน เดือน ปี ที่ตรวจ

(๒) กิจกรรมหรือวัตถุประสงค์ที่ตรวจ โดยจะระบุเกี่ยวกับสถานที่ งาน หรือโครงการที่ตรวจไว้ด้วยก็ได้

(๓) ข้อเสนอแนะหรือการสั่งการของผู้ตรวจราชการที่จำเป็นต้องดำเนินการโดยรีบด่วน และได้แนะนำหรือสั่งการไว้ด้วยวาจาแล้ว

(๔) การดำเนินการของผู้รับการตรวจ

ข้อ ๒๕ เมื่อผู้ตรวจราชการไปตรวจราชการที่สำนักงานหรือที่ทำการของหน่วยงานของรัฐ ให้ผู้ตรวจราชการบันทึกการตรวจราชการลงในสมุดตรวจราชการ พร้อมทั้งลงลายมือชื่อ ตำแหน่ง และวัน เดือน ปี ที่ตรวจไว้เป็นหลักฐาน

ในกรณีที่ผู้ตรวจราชการไปตรวจราชการเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของรัฐหลายหน่วยและได้บันทึกการตรวจราชการไว้ในสมุดตรวจราชการที่หน่วยงานของรัฐหน่วยใดหน่วยหนึ่งแล้ว อาจไม่ลงบันทึกรายละเอียดที่ตรวจนั้นในสมุดตรวจราชการเล่มอื่นในเขตท้องที่เดียวกันก็ได้ แต่ต้องบันทึกอ้างอิงไว้ในสมุดตรวจราชการของหน่วยงานของรัฐแห่งอื่นที่ตรวจนั้นด้วย

ข้อ ๒๖ ให้ผู้รับการตรวจดำเนินการตามที่ผู้ตรวจราชการบันทึกไว้ในข้อ ๒๕ ในกรณีที่สามารถดำเนินการได้โดยทันที ให้รีบดำเนินการโดยไม่ชักช้า แล้วบันทึกไว้ในสมุดตรวจราชการ ในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการตามที่ผู้ตรวจราชการบันทึกได้ทันทีหรือไม่สามารถดำเนินการได้ ให้บันทึกชี้แจงข้อขัดข้องพร้อมทั้งเหตุผลไว้ในสมุดตรวจราชการ

ข้อ ๒๗ ภายในห้าวันทำการนับแต่วันที่ผู้ตรวจราชการได้บันทึกการตรวจราชการในสมุดตรวจราชการตามข้อ ๒๕ ให้ผู้รับการตรวจจัดทำสำเนาการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการในสมุดตรวจราชการ และผลการดำเนินการของผู้รับการตรวจเสนอต่อผู้บังคับบัญชา

ในกรณีที่ผู้รับการตรวจหรือกิจกรรมที่ตรวจอยู่ในเขตพื้นที่ของจังหวัดนอกกรุงเทพมหานคร ให้รายงานผู้ว่าราชการจังหวัดทราบด้วย

บทเฉพาะกาล

.....

ข้อ ๒๘ หน่วยงานของรัฐใดมีระเบียบว่าด้วยการตรวจราชการของหน่วยงานของตนเป็นการเฉพาะและไม่สอดคล้องกับระเบียบนี้ ให้ดำเนินการปรับปรุงระเบียบดังกล่าวให้สอดคล้องกับระเบียบนี้

ในกรณีที่ต้องมีการปรับปรุงระเบียบตามวรรคหนึ่ง และยังมิได้มีการปรับปรุงระเบียบ ให้ผู้ตรวจราชการและผู้รับการตรวจปฏิบัติตามระเบียบนี้

ข้อ ๒๙ สมุดตรวจราชการหรือแบบตรวจราชการที่มีอยู่ในวันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับให้คงใช้ได้ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๔๘

พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร
(ทักษิณ ชินวัตร)
นายกรัฐมนตรี

<u>หมายเหตุ</u> ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๒ ตอนพิเศษ ๗๖ ง วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๔๘

สำเนา

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๘๒๖/๒๕๕๙
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

อนุสนธิคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๑๓๓/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ เพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบสนับสนุนการตรวจราชการให้เป็นไปด้วยความเหมาะสม และสามารถสนับสนุนการดำเนินงานของผู้ตรวจราชการและคณะในการตรวจราชการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น

เนื่องจากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมายในด้านการตรวจราชการเพิ่มขึ้น รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงบุคคลผู้รับผิดชอบงาน ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาระบบการตรวจราชการสามารถสนับสนุนการตรวจราชการให้บรรลุเป้าหมายอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ จึงยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๑๓๓/๒๕๕๘ และขอแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

๑.	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
๒.	รองอธิบดีกรมการแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๓.	รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๔.	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๕.	รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๖.	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๗.	รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๘.	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๙.	รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๑๐.	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๑๑.	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๑๒.	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
๑๓.	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๔.	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๑๕.	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑๖.	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑๗.	ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑๘.	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๑๙.	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ

๒๐. ผู้อำนวยการสำนัก...

๒๐.	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๑.	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๒.	ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๓.	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีและสารสนเทศ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๔.	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์	สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๕.	หัวหน้ากลุ่มประเมินผล	สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๖.	ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ
๒๗.	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ	สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๘.	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนของกลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ	สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการจัดทำแผน และแนวทางการตรวจราชการให้เป็นไปอย่างบูรณาการสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง และการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

๒. ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการติดตามรายงานผลการตรวจราชการที่สามารถสะท้อนปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง/หน่วยงานส่วนกลางในการพิจารณาสนับสนุนทรัพยากรและแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนการพัฒนาในเชิงนโยบายต่อไป

๓. กำหนดแนวทางและพัฒนาระบบสนับสนุนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๔. สนับสนุนการดำเนินงานของผู้ตรวจราชการและคณะ เพื่อให้การตรวจราชการในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

๖. ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ปลัดกระทรวงมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

ลงชื่อ *นายมรุต จิรเศรษฐสิริ*
(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง
ศิริพร ลั่นซ้าย
(นางศิริพร ลั่นซ้าย)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

สำเนา

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดินร่วมสมัย เป็นมาตรการสำคัญที่จะทำให้การปฏิบัติราชการ และการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้กำหนดขอบเขตการตรวจราชการใน ๕ ภารกิจหลัก ได้แก่ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ , การพัฒนาระบบบริการ , การบริหารทรัพยากรมนุษย์ , การบริหารจัดการ รวมถึงการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรีด้วย

เพื่อให้การตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปอย่างบูรณาการ สอดคล้องตามนโยบายและเป้าหมายยุทธศาสตร์ของกระทรวง และบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุขจึงแต่งตั้งบุคคลดังมีรายชื่อตามเอกสารแนบท้ายคำสั่งนี้ เป็นคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วย ๕ คณะ ดังนี้

คณะที่ ๑ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์
คณะที่ ๔ การบริหารจัดการ
คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

โดยให้มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดกรอบประเด็นการตรวจราชการ และกำหนดตัวชี้วัดในประเด็นตรวจราชการที่เหมาะสม
๒. กำหนดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับติดตามและประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพ
๓. พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
๔ ติดตามประเมินผลการตรวจราชการตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
๕. สรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๖. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม
๗. ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ปลัดกระทรวงมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙

ลงชื่อ *นายมรุต จิรเศรษฐสิริ*
(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง
ศิริพร ลั่นซ้าย
(นางศิริพร ลั่นซ้าย)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

เอกสารแนบท้าย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

.....

๑.	นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	ประธาน
๒.	นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	รองประธาน
๓.	แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธาน
๔.	นายแพทย์อภิชาติ รอดสม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖	รองประธาน
๕.	นายแพทย์ไพศาล ธัญญาวินิจกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	รองประธาน
๖.	นายแพทย์ยุทธนา พูนพานิช	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	รองประธาน
๗.	นายแพทย์ยอร์น จิระนคร	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธาน
๘.	แพทย์หญิงมธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๙.	ดร.แพทย์หญิงเบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑๐.	นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์	ผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๑.	แพทย์หญิงพจมาน ศิริอารยาภรณ์	หัวหน้ากลุ่มสอบสวนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและประสานกฎอนามัยระหว่างประเทศ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๒.	นางสาวนิภาพรรณ สฤษดิ์อภิรักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๓.	แพทย์หญิงผลิน กมลวัทน์	ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๔.	นายสุขสันต์ จิตติมณี	หัวหน้ายุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๕	แพทย์หญิงสุมนี วัชรสินธุ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๖.	นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๗.	แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ	รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๘.	นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ

๑๙.นางสุชาดา...

๑๙.	นางสุชาดา เกิดมงคลการ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๐.	นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๑.	นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี่	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม สำนักโรคจากการประกอบ อาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๒.	นางภัคนี สิริปูชกะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๓.	นางสาวพรทิพย์ ศิริภาณุมาศ	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กองแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๔.	นางสาวฉันทนา เจนศุภเสรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๕.	นายแพทย์เกรียงไกร นามไธสง	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๒๖.	นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จ พระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
๒๗.	แพทย์หญิงดารณี สุวพันธ์	ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการ
๒๘.	นายแพทย์วิโรจน์ วีระชัย	ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติด ยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	กรรมการ
๒๙.	เภสัชกรชาพล รัตนพันธุ์	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๓๐.	ดร.ณธิป วิมุตติโกศล	เภสัชกรเชี่ยวชาญ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๓๑.	นายอาทิตย์ พันธุ์เดช	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๓๒.	นายแพทย์สุชาติ เลาบริพัตร	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๓.	นายแพทย์ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ

๓๔.นายพรเทพ...

๓๔.	นายพรเทพ ล้อมพรหม	หัวหน้ากลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๕.	นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร	กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๖.	นายนพดล ครุธน้อย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๗.	นายฆณายุทธ ศรีงามเมือง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๘.	นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๓๙.	นางสาวสุธาทิพย์ จันทรักษ์	หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๐.	นางสาวรตี สงวนรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๑.	ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ	ผู้อำนวยการสำนักพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๒.	นางพรพิศ กาลนาน	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๓.	นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
๔๔.	นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย	กรรมการ
๔๕.	แพทย์หญิงนภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล	ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
๔๖.	นายแพทย์อุดม อัศวุตมางกุร	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
๔๗.	นางสาวสิริวรรณ จันทนจุลกะ	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	กรรมการ
๔๘.	นายสมชาย ตู้แก้ว	ผู้อำนวยการศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย	กรรมการ
๔๙.	ทันตแพทย์หญิงปิยดา ประเสริฐสม	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	กรรมการ

๕๐.นายสืบพงษ์...

๕๐.	นายสืบพงษ์ ไชยพรรค	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
๕๑.	นางปรียานุช บูรณะภักดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย	กรรมการ
๕๒.	นายประโชติ กราบกราน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย	กรรมการ
๕๓.	นางสาวมลฤดี ตรีวินัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมอนามัย	กรรมการ
๕๔.	นางสาวนวรัตน์ อภิชัยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กรมอนามัย	กรรมการ
๕๕.	นายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๕๖.	ดร.ไพบูลย์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๕๗.	นางนิธิวดี บัตรพรรธนะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๕๘.	นางภารณี วสุเสถียร	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
๕๙.	นางสุนันทา กาญจนพงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
๖๐.	นางปนิตา ธีรสฤษกุล	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
๖๑.	นายสุวัฒน์ โคตรสมบัติ	ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและเลขานุการ
๖๒.	นางฐปณภร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖๓.	นางสาวศิญาภัสร์ จำรัสอธิวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖๔.	นางสุรีรัตน์ ใจดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖๕.	นายวิวัฒน์ ชอบดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖๖.	นางนุช ชูวา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๖๗.	นางนวลจันทร์ นุกูลอุดมพานิชย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย
คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ
.....

๑.	นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	ประธาน
๒.	นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	รองประธาน
๓.	นายแพทย์ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒	รองประธาน
๔.	นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	รองประธาน
๕.	นายแพทย์ยอร์น จิระนคร	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธาน
	<u>กรมการแพทย์</u>		
๖.	นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวานิช (Service Plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน)	รองอธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
๗.	นายแพทย์เกรียงไกร นามไธสง	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๘.	นายแพทย์ภัทรวินท์ อัตตะสาระ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๙.	นายเกรียงไกร เฮงรัศมี (Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด)	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก	กรรมการ
๑๐.	นายแพทย์วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล (Service Plan สาขาทารกแรกเกิด)	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	กรรมการ
๑๑.	แพทย์หญิงปฐมพร ศิรประภาศิริ (Service Plan สาขามะเร็ง)	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขารังสีวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	กรรมการ
๑๒.	นายแพทย์ภูวัต จารุกำเนิดกนก (Service Plan สาขาตา)	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	กรรมการ
๑๓.	นายแพทย์สกานต์ บุนนาค (Service Plan สาขาไตและปลูกถ่ายอวัยวะ)	ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี	กรรมการ
๑๔.	นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล (Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ และสาขาหลอดเลือดสมอง)	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันประสาทวิทยา	กรรมการ
๑๕.	แพทย์หญิงเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ (Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้น (COPD))	หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมปอด สถาบันโรคทรวงอก	กรรมการ
๑๖.	ผู้อำนวยการสถาบันทันตกรรม (Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์	กรรมการ

๑๗. นายแพทย์อากาศ...

๑๗.	นายแพทย์อากาศ พัฒนเรืองไล (Service Plan สาขา Palliative care)	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	กรรมการ
๑๘.	นางอำไพพร ยังวัฒนา (Service Plan สาขา Palliative care)	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๑๙.	นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง (Service Plan สาขา Palliative care)	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
	<u>กรมสุขภาพจิต</u>		
๒๐.	นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ (Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช)	ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
	<u>กรมควบคุมโรค</u>		
๒๑.	นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๒.	แพทย์หญิงสุมนี วัชรสินธุ์ (Service Plan สาขา DM/HT)	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
	<u>กรมอนามัย</u>		
๒๓.	ทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ (Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)	รก.ทันตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย	กรรมการ
๒๔.	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)		กรรมการ
	<u>กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</u>		
๒๕.	นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ (Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน)	รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
	<u>สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>		
๒๖.	นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข (Service Plan สาขาปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ)	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
๒๗.	คุณพรพิมล จันทร์คุณาภาส (Service Plan สาขา Rational Drug Use (RDU))	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
๒๘.	ทันตแพทย์จารุวัฒน์ บุษราคัมคุหะ (Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
	<u>สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>		
๒๙.	แพทย์หญิงมานิตา พรรณวดี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการ

๓๐.นางจิราภรณ์...

๓๐.	นางจิราภรณ์ สิงหเสนี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการ
๓๑.	นายสมลักษณ์ ศิริชื่นวิจิตร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการ
	<u>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>		
๓๒.	นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน (Service Plan ๕ สาขาหลัก)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม	กรรมการ
๓๓.	นายแพทย์ประสิทธิชัย มั่งจิต	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี (Service Plan สาขาปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ)	กรรมการ
	<u>ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒</u>		
๓๔.	นายแพทย์ธำรง หาญวงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๓๕.	นายแพทย์วิสิทธิ์ เสถียรวันทนีย์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
๓๖.	นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
๓๗.	นายแพทย์สุรชัย โชคครรชิตชัย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
๓๘.	นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๓๙.	นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
๔๐.	นายแพทย์ชุติเดช ตาบ-องครักษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
๔๑.	นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
๔๒.	แพทย์หญิงณภัทร สิทธิศักดิ์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๔๓.	นายแพทย์สมชาย อัศวสุดสาคร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
๔๔.	นายแพทย์ชลิต ทองประยูร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
๔๕.	นายแพทย์พีระพงษ์ ภาวสุทธิไพศิฐ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ

๔๖.นายแพทย์สุภาพ...

๔๖.	นายแพทย์สุภาพ ไพศาลศิลป์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผู้ทำหน้าที่จัดการระบบบริการ (CSO) เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
๔๗.	นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
๔๘.	นางสาวปนิตา ธีรสฤษกุล	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
๔๙.	นายสุรัติ ฉัตรไชยาฤกษ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ เลขานุการ
๕๐.	นางสาวฐปณภร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๑.	นางอรชร วิชัยคำ	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๒.	นางสุธนา ลีลาอดิศร	เลขานุการผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๓.	นางสาวคะนึงนิตย์ จิตต์บรรจง	ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์

.....

๑.	แพทย์หญิงวารุณี จินารัตน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	ประธาน
๒.	นายแพทย์ไพศาล ดั่นคุ้ม	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	รองประธาน
๓.	นายแพทย์สุรพร ลอยหา	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐	รองประธาน
๔.	นายแพทย์เจษฎา ฉายคุณรัฐ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	รองประธาน
๕.	นางกองมณี สุรวงษ์สิน	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
๖.	นางจิราภรณ์ อุ่นเสียม	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
๗.	นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร	ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๘.	นางอริยา สุขลิ้ม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๙.	นางกัลยา เนติประวัติ	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐.	นางศรีนวล ศิริคะรินทร์	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑.	นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๑๒.	นางวิรุณศิริ อารยวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๑๓.	นายพงศธร พอกเพิ่มดี	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๔.	นางธิติภัทร คูหา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๕.	นายสรรเสริญ นามพรหม	ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๖.	นางจีรพร ทองหอม	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๗.	นายรายิน อโรร่า	ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๘.	นายแพทย์พลวรรธน์ วิทูรกลชิต	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๙.	ประธานคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (CHRO) เขต ๑-๑๒		กรรมการ
๒๐.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ สำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการและเลขานุการ
๒๑.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙ สำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย
คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
คณะ ๔ การบริหารจัดการ

.....

๑.	นายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	ประธาน
๒.	นายแพทย์รัฐวุฒิ สุขมี	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	รองประธาน
๓.	นายแพทย์ณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	รองประธาน
๔.	นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	รองประธาน
๕.	นายผดุชชัย เคียนทอง	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๖.	นางจารุภา จำนงศักดิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
๗.	นางจิราภรณ์ อุ่นเสียม	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
๘.	หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
๙.	นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๐.	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
๑๑.	นางสาวกาญจน์นภาแก้วคง	นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๒.	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
๑๓.	นางภัทรอนงค์ จองศิริเลิศ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๔.	นางสาวไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๕.	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
๑๖.	นางมะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ	ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๗.	นายมณฑล บัวแก้ว	หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๓ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๘.	นางชูจิตร นาชีวะ	หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๑ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

๑๙. นางนพรัตน์...

๑๙.	นางนพรัตน์ จันทศรี	รองหัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ๑ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๐.	เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ		กรรมการ
๒๑.	นางธัณณ์จิรา ธนาศิริธัชนันท์	รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๒.	นางสินีนุช ชัยสิทธิ์	ผู้จัดการงานติดตามและประเมินผล สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๓.	ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๔.	นายแพทย์วิเชียร เทียนจารุวัฒนา	รองผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๕.	นางอมรรัตน์ พีระพล	นักวิชาการการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๖.	นางนิ่มอนงค์ สายรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานแผนงานและประเมินผล กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๗.	นางสาวอโณทัย ไชยปาละ	กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๘.	นางอุทัย เกษรา	กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๙.	หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๐.	นางชนิดา กาจีนะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๑.	นางจุฬาพร กระเทศ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๒.	ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๓.	นางศิริมา ลีละวงศ์	นักวิชาการพยาบาลชำนาญการพิเศษ สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๔.	ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๕.	นางสุนีย์ สว่างศรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการ
๓๖.	นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบูรณ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๕ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและเลขานุการ
๓๗.	นายชาลี เอี่ยมมา	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๘.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑ สำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๓๙. นางมาติกา...

๓๙.	นางมาติกา ศิริโสภณ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๔๐.	นางโกสุม สาลี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๔๑.	นายบรรเจิด ทิงเหม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๔๒.	นางสาวธัญชนก เหลืองทองอร่าม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๕๔/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะ ๕ ตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

.....

๑.	นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	ประธาน
๒.	นายแพทย์ณรงค์ สายวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	รองประธาน
๓.	นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธาน
๔.	นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	รองประธาน
๕.	นายแพทย์อิทธิพล สูงแข็ง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗	รองประธาน
๖.	ดร.นายแพทย์พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธาน
๗.	ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการ
๘.	นายผดุชชัย เคียนทอง	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๙.	นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๑๐.	นางจารุภา จำนงศักดิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
๑๑.	นางสุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
๑๒.	นางสิริพรรณ โชติกมาศ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๑๓.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔ สำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการ
๑๔.	นางสาวศิริวรรณ จันทร์สระคู	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการ
๑๕.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ สำนักตรวจและประเมินผล		กรรมการ
๑๖.	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย		กรรมการ
๑๗.	นางณีรนุช อาภาจรัส	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	กรรมการ
๑๘.	นายประโชติ กราบกราน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	กรรมการ
๑๙.	นางสาวนวรัตน์ อภิชัยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	กรรมการ
๒๐.	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมอนามัย		กรรมการ
๒๑.	นายนุกูลกิจ พุกาธร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
๒๒.	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค		กรรมการ
๒๓.	นางภัคนี สิริปูชกะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ

๒๔. นางสุธิดา...

๒๔.	นางสุธิดา อุทะพันธุ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๕.	นายประหยัด เคนโยธา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๖.	นางอรพรรณ ศิริวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๗.	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ	กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๘.	นางนงนุช ตันติธรรม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๙.	นายแพทย์ไผท สิงห์คำ	นายแพทย์ชำนาญการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๓๐.	นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๓๑.	ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๒.	นางสาวพรสุดา คำเหลือง	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๓.	นางสาวนิตยา คณิตสาร	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๔.	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๕.	นางภัทร์อนงค์ จองศิริเลิศ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๖.	นางณปภัส นฤคนธ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๗.	นางสาวชุตินาถ ทัศจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๘.	นางสาวจุฑารัตน์ ไต่เมฆ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการ
๓๙.	นางลักษณา ว่องประทานพร	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ เลขานุการ
๔๐.	นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๔๑.	นายพีระพล กล้าหาญ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักตรวจและประเมินผล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

สำเนา

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๒๒๖๖ /๒๕๕๙
เรื่อง แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ด้วยการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดิน ร่วมสมัย มุ่งเน้นให้การปฏิบัติราชการและการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ได้กำหนดการตรวจราชการ ที่สอดคล้องตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ๔ Excellence เพื่อให้เกิดความสะดวก คล่องตัว ในการกำกับ ติดตามการขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวง และสามารถแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขจึงออกคำสั่ง ดังนี้

๑. แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ดังผู้มีรายชื่อและตำแหน่งตามเอกสารแนบท้ายคำสั่งนี้

๒. ให้ผู้ได้รับแต่งตั้งตามข้อ ๑ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๒.๑ ปฏิบัติหน้าที่ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘

๒.๒ ร่วมตรวจราชการกับผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ได้รับมอบหมาย

๒.๓ กำกับ ติดตาม นิเทศงาน และตรวจสอบการปฏิบัติงานของหน่วยรับตรวจตามขอบเขตภารกิจของสำนัก/กอง และตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๒.๔ วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการดำเนินงานในพื้นที่ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนางาน ตลอดจนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๒.๕ รายงานผลการตรวจราชการต่อผู้ตรวจราชการกระทรวง ภายหลังจากจากเสร็จสิ้นการตรวจราชการในแต่ละรอบ หากกรณีพบปัญหาสำคัญเร่งด่วน ให้รายงานทันที เพื่อเป็นการป้องปราม แก้ไขปัญหาหรือให้การสนับสนุนอย่างทันท่วงที

๒.๖ ประสานการดำเนินการระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้สามารถสนับสนุนการแก้ไขปัญหา และพัฒนางานในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

๒.๗ ปฏิบัติงานอื่นตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

ลงชื่อ *นายมรุต จิรเศรษฐสิริ*
(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง
ศิริพร ลั่นซ้าย
(นางศิริพร ลั่นซ้าย)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

<u>หมายเหตุ</u> รายชื่อผู้ตรวจราชการและนิเทศงานแนบท้ายคำสั่ง สามารถ Download ได้ที่ http://bie.moph.go.th

สำเนาคู่ฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๒๖๗ /๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งผู้ประสานงานส่วนภูมิภาค การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (คณะที่ ๕)

ตามที่สำนักนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดให้มีการตรวจราชการแบบบูรณาการ ของผู้ตรวจราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยกำหนดประเด็นนโยบายสำคัญ ๓ ประเด็น ได้แก่

๑. ประเด็นนโยบายรัฐบาล (Issue)

๑.๑ การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

๑.๒ การพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากและชุมชนเข้มแข็ง

๒. ประเด็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล (Hot Issue) : การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวข้องกับประเด็นนโยบายที่ ๑.๑ และ ๒

เพื่อให้การตรวจราชการแบบบูรณาการสามารถตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาลได้อย่างชัดเจน ก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชน รวมทั้งความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงแต่งตั้งผู้ประสานงานส่วนภูมิภาค การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (คณะที่ ๕) (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายคำสั่ง)

โดยมีบทบาทหน้าที่

๑. ปฏิบัติหน้าที่ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘

๒. ประสานและติดตามแนวทางการดำเนินการของจังหวัด (แบบ PPR๑) เพื่อส่งผู้รับผิดชอบโครงการระดับกรม และสำนักตรวจและประเมินผล

๓. ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ในรอบการตรวจราชการที่ ๑ กับทีมผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงที่เกี่ยวข้อง (๑๘ เขตของสำนักนายกรัฐมนตรี) เพื่อดำเนินการดังนี้

๓.๑ จัดทำแบบ PPR๒ ในกรณีที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการภาคประชาชนให้ข้อเสนอแนะในพื้นที่

๓.๒ จัดทำแบบ PPR๒ ในกรณีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขให้ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะในพื้นที่ เพื่อส่งผู้รับผิดชอบโครงการระดับกรม และสำนักตรวจและประเมินผล

๔. ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ในรอบการตรวจราชการที่ ๒ กับทีมผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงที่เกี่ยวข้อง (๑๘ เขตของสำนักนายกรัฐมนตรี) เพื่อติดตามผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ ในรอบที่ ๑

๕. สรุปข้อสั่งการ...

๕. สรุปข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ (แบบ PPR๒) จากการตรวจราชการรอบที่ ๑ ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ที่หน่วยรับตรวจรับไปดำเนินการตามที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขให้ไว้ ส่งให้ผู้รับผิดชอบโครงการระดับกรม และสำนักตรวจและประเมินผล

๖. ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(นายภูวเดช สุระโคตร)
ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล
๘ ธ.ค. ๒๕๕๙

เอกสารแนบท้ายคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๖๖๘...../๒๕๕๙ ลงวันที่...๕.....ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ประเด็นที่ ๑ : การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม)

รายชื่อผู้ประสานงานสำนักงานศูนย์อนามัยที่ ๑ – ๑๒ กรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

เขต	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง	สำนัก/กอง/ศูนย์	มือถือ	โทรศัพท์	โทรสาร	e-mail address
๑	นายวิภู กฤษณุรักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	๐๘๙ ๖๓๑ ๑๐๖๓	๐๕๓ ๒๗๒ ๗๔๐ ต่อ ๖๑๖	๐๕๓ ๘๑๘ ๙๓๘	wipoo_kr@hotmail.co.th
๒	นายสุธน เพ็งคุ้ม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	๐๘๙ ๑๙๓ ๓๓๘๙	๐๕๕ ๒๙๙ ๒๘๐	๐๕๕ ๒๙๙ ๒๘๕	suton๑๓๒@gmail.com
๓	ดร.รำไพ เกียรติอดิศร	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ	ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	๐๘๗ ๓๑๐ ๒๘๘๕	๐๕๖ ๒๕๕ ๔๕๑ ต่อ ๑๐๔	๐๕๖ ๒๕๕ ๔๐๓	rumpai_hpc๘@hotmail.com
๔	นายวิชาญ ดำรงค์กิจ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	๐๘๖ ๑๒๒ ๘๘๗๐	๐๓๖ ๓๐๐ ๘๓๐ - ๒	๐๓๖ ๓๐๐ ๘๒๙	vichan.hpc๒@gmail.com
๕	นายธนชีพ พีระธรณิศร์	รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ	ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี	๐๘๑ ๘๒๑ ๒๖๑๘	๐๔๔ ๓๑๐ ๓๖๘ - ๗๐	๐๔๔ ๓๒๓ ๓๑๑	thana_๑๙๖๒@hotmail.com
๖	นายชาญศักดิ์ เทพมาลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	๐๘๓ ๐๘๘ ๙๗๙๓	๐๓๘ ๑๔๘ ๑๖๕ - ๘	๐๓๘ ๑๔๘ ๑๖๙	ehc3333@gmail.com
๗	ดร.จริยา อินทรรัศมี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	๐๙๓ ๑๙๓ ๔๖๓๔	๐๔๓ ๒๓๕ ๙๐๒๕ ต่อ ๘๐๑๓	๐๔๓ ๒๔๓ ๔๑๖	Jariyako๖@hotmail. com
๘	นายเรืองยศ บุญภักดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี	๐๙๕ ๒๓๔ ๕๙๘๘	๐๔๒ ๑๒๙ ๕๘๖	๐๔๒ ๑๒๙ ๕๘๘	pong๑๙๐๘๗๙@gmail.com
๙	นายสมชาย แช่มชูกลิ่น	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	๐๘๑ ๖๐๐ ๐๖๕๐	๐๔๔ ๓๐๕ ๑๓๑ ต่อ ๑๐๒	๐๔๔ ๒๙๑ ๕๐๖	chamchuklin@gmail.com
๑๐	นางไฉไล ช่างดำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	๐๘๕ ๓๐๓ ๙๙๙๑	๐๔๕ ๒๘ ๘ ๕๘๔ - ๘	๐๔๕ ๒๘๘ ๕๘๐	chailai_ubon@hotmail.co.th
๑๑	ดร.ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	๐๘๓ ๒๓๔ ๘๘๘๙	๐๗๕ ๓๙๙ ๔๖๑	๐๗๕ ๓๙๙ ๑๒๔	chainarong_๕๔@yahoo.com
๑๒	นายมานะ หะสาเมาะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	๐๘๙ ๔๖๓ ๓๒๔๒	๐๗๓ ๒๑๖ ๗๗๖	๐๗๓ ๒๑๓ ๗๔๗	yala๔๑@hotmail.com

เอกสารแนบท้ายคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๒๖๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ประเด็นที่ ๑ : การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม)

รายชื่อผู้ประสานงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ – ๑๒ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

สคร.	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	เบอร์มือถือ	E-mail
สคร.๑ (เชียงใหม่)	ดร.นารถลดา ขันธิกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๖๙๑๙ ๔๖๕๔	narklada@yahoo.com
	ดร.วราพันธุ์ พรวิเศษศิริกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘ ๑๑๑๑ ๑๐๔๐	p.wara@hotmail.com
สคร.๒ (พิษณุโลก)	นางอัมพาพรรณ นวาวัตน์	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๒ พิษณุโลก	๐๘ ๗๓๑๘๔ ๓๔๗	givigig@gmail.com
	นายวิรัช ประวันเตา	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๒ พิษณุโลก	๐๘ ๙๗๐๔ ๙๙๔๑	virat2225@hotmail.com
สคร.๓ (นครสวรรค์)	นางราตรี ทิตตเมธา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๑๘๘๗ ๔๕๒๑	enocc.academic@gmail.com
สคร.๔ (สระบุรี)	นางกาญจนา คงศักดิ์ตระกูล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๕๐๒๘ ๔๓๙๓	kanchanakongsak@gmail.com
สคร.๕ (ราชบุรี)	นายธีรเนตร พานิชเจริญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘ ๑๘๓๗ ๗๕๗๗	Teeranat07@hotmail.com
สคร.๖ (ชลบุรี)	แพทย์หญิงหรรษา รักษาคม	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ชลบุรี	๐๙ ๓๑๓๕ ๘๘๓๘	Hansa.dpc3@gmail.com
	นายพูนศักดิ์ ศรีประพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๖๐๘๖ ๗๔๕๓	pusripa@yahoo.co.th
สคร.๗ (ขอนแก่น)	นายพิเชษฐ โฉมเฉลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๖ ๓๔๙๔ ๕๖๕๕	pichet-t@hotmail.com
สคร.๘ (อุดรธานี)	นางศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๑๖๖๑ ๒๔๕๙	dsimalak@gmail.com
	นายสราวุธ เอกอำพัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘ ๙๔๑๙ ๒๑๙๙	aekkawut@gmail.com
สคร.๙ (นครราชสีมา)	นายวิเศษ วริศรางกูล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๙๘๔๕ ๙๘๖๘	naipo492@gmail.com
สคร.๑๐ (อุบลราชธานี)	นางสาวศศินัดดา สุวรรณโณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๑๔๗๘ ๑๙๕๘	Moon.goodgold@gmail.com
	นายอโนชา ชื่นงาม	นักวิชาการสาธารณปฏิบัติการ	๐๘ ๗๙๕๓ ๔๕๕๖	Ano.chuen@gmail.com
สคร.๑๑ (นครศรีธรรมราช)	นางอรอนงค์ เอี่ยมขำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๓๑๐๒ ๕๗๕๕	occhealth11@gmail.com
สคร.๑๒ (สงขลา)	นางสาวฟาอีซ๊ะ โตะโยะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๙ ๘๖๕๓ ๔๙๓๘	ppzah@hotmail.com

ข้อมูล ณ วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เอกสารแนบท้ายคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่.....๒๖๖๕...../๒๕๕๙ ลงวันที่.....๙.....ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(คณะที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ประเด็นที่ ๒ : การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน)

รายชื่อผู้ประสานงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ – ๑๒ และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

หน่วยงาน	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง	เบอร์มือถือ	E - mail
สคร.๑ เชียงใหม่	นางสาววัลยา โสภากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	๐๘ ๖๑๘๒ ๒๒๖๗	miue๒๙๙@hotmail.com
สคร.๒ พิษณุโลก	นายวิรัช ประวันเตา	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ	๐๘ ๙๗๐๔ ๙๙๔๑	virat ๒๒๒๕@hotmail.com
	นางอัมพาพรรณ นวาวัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๗๓๑๘ ๔๓๔๗	givigig @gmail.com
สคร.๓ นครสวรรค์	นายพิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล	นายแพทย์ชำนาญการ	๐๘ ๙๑๒๐ ๙๓๙๓	Topico@gmail.com
สคร.๔ สระบุรี	นายกิตติพงษ์ สุคุณณี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๑๙๘๗ ๖๔๙๐ ๐๖ ๑๔๙๔ ๔๖๕๓	ksukunnee@yahoo.com
สคร.๕ ราชบุรี	นางสาวจุฑาทิพย์ ชมภูนุช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๑๗๔๕ ๗๖๕๑	cchompoonuch@hotmail.com
สคร.๖ ชลบุรี	แพทย์หญิงหรรษา รักษาคม	ผู้อำนวยการ สคร. ๖ ชลบุรี	๐๙ ๓๑๓๕ ๘๘๓๘ ๐๘ ๑๗๑๗ ๗๔๘๖	hunsa.dpc๓@gmail.com
	นางสุภาพร พุทธรัตน์	รองผู้อำนวยการ สคร.๖ ชลบุรี	๐๘ ๙๙๓๙ ๗๖๔๔	timmpa๙@gmail.com
สคร.๗ ขอนแก่น	ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘ ๙๖๒๒ ๒๙๘๖	ktinnawutipong@hotmail.com
สคร.๘ อุดรธานี	นางสาวแพรพรรณ ภูริบัญชา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐๘ ๕๙๒๑ ๔๗๖๓	noi๓๓๐๙๙@gmail.com
	นางสาวจมาภรณ์ ใจภักดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘ ๙๒๗๖ ๘๖๗๓	jjamaporn@gmail.com
สคร.๙ นครราชสีมา	นายแพทย์ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร	ผู้อำนวยการ สคร.๙ นครราชสีมา	๐๙ ๒๙๖๙ ๓๔๕๔	teerawat_๙๙@yahoo.com
สคร.๑๐ อุบลราชธานี	นางสาวเสาวลักษณ์ เห็มวัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.	๐๘ ๙๑๘๗ ๕๐๒๒	hemwang@yahoo.com
สคร.๑๑ นครศรีธรรมราช	นางสาวณัฐพิมล ณ นคร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๙ ๑๔๖๙ ๙๑๕๙	natpimon๒๕๑๙@gmail.com
สคร.๑๒ สงขลา	นางสาวนันทพร กลิ่นจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๘ ๖๙๕๖ ๕๖๗๖	nk_pan๒๐๐๔@hotmail.com
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง	นางศรินทร สนธิศิริกฤตย์	รองผู้อำนวยการ สปคม.	๐๘ ๑๖๓๒ ๘๐๔๙	mambow๒๐๐๕@gmail.com
สำนักโรคไม่ติดต่อ	นางนงนุช ตันติธรรม	รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ	๐๘ ๙๗๘๘ ๓๐๒๐	nuchtt@hotmail.com
	นายแพทย์ไผท สิงห์คำ	นายแพทย์ชำนาญการ	๐๙ ๒๔๔๙ ๖๔๑๗	zalenxxx@gmail.com
	นายปัญญ์ จันทร์พาณิชย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๖ ๔๒๔๒ ๘๘๕๕	Khajonh_j@hotmail.com

ทำเนียบสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักตรวจและประเมินผล

ณ วันที่ ๒๓ พย. ๒๕๕๙

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข					
นพ.มรุต จิรเศรษฐสิริ (ห้อง ๒๕๐๑)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔**	๐-๒๕๙๐-๑๕๙๑ ๐-๒๕๙๐-๑๖๐๑	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๕๔๒๕๒๒๕	marutcb๙@gmail.com
รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข					
นพ. ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (ห้อง ๒๕๐๓)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒**	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๕	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๐	๐๘๑-๓๗๙๓๐๓๙	konc๖๒@yahoo.com
นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์ (ห้อง ๒๔๐๓)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖**	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๘	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๒	๐๘๑-๖๔๒๖๑๓๓	tares๐๖@gmail.com
ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล					
นพ.ภูวเดช สุระโคตร	**ผอก.สำนักตรวจและ ประเมินผล**	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๓ ๐-๒๕๙๐-๑๔๗๓	๐-๒๕๙๐-๑๘๙๑	๐๘๑-๙๗๖๓๘๐๘	phusura@gmail.com
นางคนึงนิจ แท่นมณี	เลขานุการ	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๓ ๐-๒๕๙๐-๑๔๗๓	๐-๒๕๙๐-๑๘๙๑	๐๘๖-๓๐๘๑๐๓๖	kanungnit.thanmanee@yahoo.com
นส.วรพร ศรีสิงห์	เลขานุการ	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๓ ๐-๒๕๙๐-๑๔๗๓	๐-๒๕๙๐-๑๘๙๑	๐๘๗-๐๙๔๘๙๖๓	toey_kuru@hotmail.com

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
รองผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล					
นายสันติ ศิริโกมล	รอง ผอก.สำนักตรวจและประเมินผล	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๘	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๘	๐๘๔-๘๗๔๔๐๘๑	sirikomol๒๕๐๐@gmail.com
นางกาญจนา เปรมพรหม	เลขานุการ รอง ผอก.สันติ	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๘	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๘	๐๘๔-๐๗๔๖๙๑๔	
เขตสุขภาพที่ ๑ (๘ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๐๑					
เขต ๑๖ เชียงราย น่าน พะเยา แพร่					
เขต ๑๕ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน					
นพ.รัฐวุฒิ สุขมี (ห้อง ๒๔๑๕)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑**	๐-๒๕๙๐-๑๔๖๗	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๒๖๖-๓๓๑๑	rathvu@gmail.com
นางรัศมี มณฑลผลิน	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๘	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๗๔๑๔๑๑๒	russamee๒๕๐๔@hotmail.com
นางจีรนันท์ ชาญสตบุตร	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๘	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๔๙๙๔๐๗๒	jerananc@hotmail.com
นพ.ไพศาล ธัญญาวินิชกุล (ห้อง ๒๔๐๔)	**สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑**	๐-๒๕๙๐-๑๒๒๘	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๙๖๑๒๓๑๒	paisal๐๐๑@hotmail.com
นส.นภาพร บุตรจันทร์	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๒๒๙	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๙๑๙๑๓๓๒	paul.nn๗@gmail.com
นายผดุชชัย เคียนทอง (ห้อง ๒๕๐๙)	**ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑**			๐๘๔-๐๙๕๒๐๗๓ ๐๘๑-๗๘๕๗๓๙๙	pdckt๒๕๐๑@hotmail.com
นายชาลี เอี่ยมมา	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑	๐-๒๕๙๐-๒๔๗๕	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๘	๐๖๑-๓๙๕๕๓๕๓	aiamma@hotmail.co.th
นางโกสุม สาลี	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๐	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๖๒-๓๖๑๙๑๕๖ ๐๙๒-๕๑๖๓๕๕๓ ๐๖๑-๔๐๔๓๗๕๐	kosumny@gmail.com

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
นางวันทาย ไวฉลาด	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม		๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๖-๗๘๗๙๘๔๓	wantai.v@gmail.com
เขตสุขภาพที่ ๒ (๕ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๐๒					
เขต ๑๗ ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์					
นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (ห้อง ๒๕๐๓)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒**	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๗	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๐	๐๘๑-๓๗๙๓๐๓๙	konc๖๒@yahoo.com
นายสุรัติ ฉัตรไชยาฤกษ์	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๗	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๐	๐๘๑-๖๔๖๖๖๒๐	Surut_moph@hotmail.com
นพ.ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์ (ห้อง ๒๕๐๔)	**สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒**	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๐	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๙๕๒๘๑๔๕	chaiynan@yahoo.com
นางอรชร วิชัยคำ	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๐	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๔-๗๐๐๔๑๔๓	orachorn.n@hotmail.com
นางประพร อุ่นชัยศรี	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๐	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๖-๐๙๖๙๗๗๑	p_๙๑๙๙๒๑๘@hotmail.com
นส.พินทุสร เหมพิสุทธิ์ (ห้อง.....)	**ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒**			๐๘๙-๘๘๗๖๑๘๘	yolk@health.moph.go.th
นายสุรัติ ฉัตรไชยาฤกษ์	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๗	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๐	๐๘๑-๖๔๖๖๖๒๐	Surut_moph@hotmail.com
นางอรชร วิชัยคำ	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๐	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๔-๗๐๐๔๑๔๓	orachorn.n@hotmail.com
นางศุภรัสมิ์ เศรษฐจิรวิโรจน์	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๗	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๗	๐๘๑-๖๕๘๘๔๐๐	kunneng๐๕@gmail.com
นางนางสุธนา ลีลาอดิศร	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๗	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๗	๐๘๗-๐๗๗๗๑๗๖	sutanalk@gmail.com

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
เขตสุขภาพที่ ๓ (๕ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๐๓					
เขต ๒ ชัยนาท					
เขต ๑๘ กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี					
นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์ (ห้อง ๒๕๐๕)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓**	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๓	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๘๔๒๑๘๕๑	opart๗@yahoo.com
นายสิทธิพงษ์ สีแสด	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๖	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๖-๘๗๕๙๓๖๔	mis๓.๒๕๕๙@gmail.com
นางพิศลยา เรณุมาศ	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๖	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๓๘๖๖๓๐๖	mis๓.๒๕๕๙@gmail.com
นส.ประทุม ทรัพย์สิงห์	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๖	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๕๖๗๘๙๖๒	mis๓.๒๕๕๙@gmail.com
นพ.บุญชัย ธีระกาญจน์ (ห้อง ๒๔๑๔)	**สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓**	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๔	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๙-๘๕๖๑๗๖๗	boonchai๖๕@gmail.com
นายชัชพิมุข ชิณวงศ์	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๔	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๔-๒๖๐๕๕๕๑	fff_chatphimook@hotmail.com
นส.ทรรศยา ปั้นสีทอง	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๔	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๓-๕๔๘๒๓๐๙	Panseethong_t@hotmail.com
นส.ฐปณภร เจริญวงศ์	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๑	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๘	๐๘๖-๓๕๑๔๗๔๓	tapana_pon@hotmail.com
นายชัชพิมุข ชิณวงศ์	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๔	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๔-๒๖๐๕๕๕๑	fff_chatphimook@hotmail.com
นางนวลจันทร์ นุกูลอุดมพานิชย์	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๐	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๘	๐๘๔-๗๗๔๕๕๖๕	jeabn๕๙๐@gmail.com
นส.คนึงนิตย์ จิตต์บรรจง	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๔๖๑	๐-๒๕๙๐-๑๘๙๑	๐๘๑-๓๐๙๙๐๙๒	knnjbj@gmail.com

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
เขตสุขภาพที่ ๔ (๘ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๐๔					
เขต ๑ นนทบุรี ปทุมธานี อยุธยา สระบุรี					
เขต ๒ ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก					
นพ.มรุต จิรเศรษฐสิริ (ห้อง ๒๕๐๑)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง** **เขตสุขภาพที่ ๔**	๐-๒๕๙๐-๑๕๙๑ ๐-๒๕๙๐-๑๖๐๑	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๕๔๒๕๒๒๕	marutcb๙@gmail.com
จท.ญ กัญญา กสิพร้อง	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๑	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๘๓๒๐๒๑๔	
นางสมบัติ เอี่ยมขำ	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๑	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๒-๒๙๔๒๒๓๓	sombateamkum@gmail.com
นส.สกุลรัตน์ จันทร	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๑	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๖-๓๕๔๙๒๖๕	pim-sc@hotmail.com
นพ.สมยศ ศรีจารนัย **(ห้อง ๒๔๐๙)**	**สาธารณสุขนิเทศก์** **เขตสุขภาพที่ ๔**	๐-๒๙๕๐-๑๔๗๐	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๙-๙๓๖๔๗๙๗	ssrijaranai@gmail.com
ดร.พิชญาภัสสร์ วรรณศิริกุล	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๐	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๕-๕๑๐๒๕๑๙	sairadjai๙๙๙@gmail.com
นส.อิชญา สรรพสุข	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๐	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๔-๓๕๙๐๙๒๔ ๐๙๑-๗๘๙๕๘๔๔	Mungming๐๕๐๒@gmail.com
นส.อังคณา จรรยากุลวงศ์ (ห้อง.....)	**ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจ** **ราชการ เขตสุขภาพที่ ๔**			๐๘๑-๔๒๒๒๒๙๘	j_aeww@hotmail.com
-ว่าง -	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔				
นายอติชาต หงษ์ทอง	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๒	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๑-๓๖๔๓๓๔๑	atichat๑๙@gmail.com
นางนิภาพร ปรัชญาภราดร	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๒	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๔-๑๗๓๔๕๐๖	Msnipaporn_p@yahoo.com

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
นส.ศรินดา ไชยศรีฮาด	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๒	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๖-๗๗๐๘๖๗๑	son.sarida@gmail.com
นายรัฐกานต์ สุขแท้	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๑	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๙๑-๘๗๘๕๔๔๔	ibyrth@live.com
นายเกศชัย บุญธรรม	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๑	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๙-๓๔๔๙๐๙๒ ๐๙๘-๐๑๖๖๒๒๔	kate-๒๕๑๐@hotmail.co.th
เขตสุขภาพที่ ๕ (๘ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๐๕					
เขต ๔ กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี					
เขต ๕ ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร					
นพ.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ (ห้อง ๒๕๐๖)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕**	๐-๒๙๕๐-๑๕๘๙	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๘๘๓๗๖๐๑	Drpisitnan@gmail.com
นางภคภรณ์ นิธิศุภโชคชัย	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๕๙๙	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๘๒๘๘๗๙๑	Pucksit@gmail.com
นายบรรเจิด ทิงเหม	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๕๙๙	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๖-๖๘๕๗๙๐๐	bj.t๒๕๕๗@gmail.com
นพ.กิตติ กรรภิรมย์ (ห้อง ๒๕๐๘)	**สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕**	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๒	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๙๐-๑๐๖๙๔๖๖	kittisny@gmail.com
นางชัญญ์ญาณ์ ชูมาศ	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๒	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๘๒๖๕๓๖๘	To๓๒๗๗@hotmail.com
นางพัชร์นรินทร์ กีรติกสิกร (จันทร์,อังคาร)	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๒	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐		
นส.ชุตินาถ ทัศจันทร์ (จันทร์,อังคาร)	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๒	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐		
นางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว (พุธ,พฤหัส)	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๒	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐		
นส.วรนัดดา ศรีสุพรรณ (พฤหัส,ศุกร์)	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๒	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐		

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
นางจารุภา จำนงศักดิ์ (ห้อง.....)	**ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕**			๐๘๑-๗๔๕๒๕๖๔, ๐๘๔-๘๗๔๔๐๙๕	jarupa๒๐๑๐@gmail.com
นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบูรณ์	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๔	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๘	๐๖๒-๘๒๔๖๔๑๕	jubsuphan@gmail.com
นายบรรเจิด ทิงเหม	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕	๐-๒๕๙๐-๑๕๙๙	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๖-๖๘๕๗๙๐๐	bj.t๒๕๕๗@gmail.com
นส.ธัญชนก เหลืองทองอร่าม	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๒	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๙-๐๗๙๘๙๑๖	lek๒๒๕๐@gmail.com
เขตสุขภาพที่ ๖ (๘ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๐๖					
เขต ๓ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ					
เขต ๙ จันทบุรี ชลบุรี ตราด ระยอง					
นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์ (ห้อง ๒๔๐๓)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖**	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๘	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๒	๐๘๑-๖๔๒๖๑๓๓	tares๐๖@gmail.com
นายวิวัฒน์ ชอบดี	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๘	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๒	๐๘๑-๒๙๕๒๑๗๕	wichmm@gmail.com
น.ส.วริฐา นาคเขียว	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๘	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๒	๐๘๐-๙๐๐๔๖๔๗	paparoach.tuck@gmail.com
นพ.อภิชาติ รอดสม (ห้อง ๒๕๑๓)	**สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖**	๐-๒๕๙๐-๑๕๙๖ ๐-๒๕๙๐-๑๖๐๓	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๙-๙๓๖๖๑๘๘	aphichatrodsom@yahoo.com
นางนุต ชูวา	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๓	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๕-๑๑๑๑๖๔๙	nout.c@hotmail.com
นส.จิรวรรณ ทองคำ	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๓	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๖๙๕๕๖๒๙	jirawan_somosweet@hotmail.com
นางภารณี วสุเสถียร (ห้อง.....)	**ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖**			๐๙๒-๘๙๔๖๕๔๔	Paranee.w@gmail.com

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
- ว่าง -	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖				
นายสุวัฒน์ โคตรสมบัติ	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๘	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๒	๐๘๑-๘๕๓๗๘๓๓	Suwat.boat@gmail.com
นางสุรีรัตน์ ใจดี	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม			๐๙๔-๖๒๘๙๙๐๗	Sureeratdee@hotmail.com
นส.ชวัลรัตน์ หิรัณยรัชต์	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๘	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๒	๐๘๔-๑๖๖๙๕๙๗	m.lemon@hotmail.co.th
เขตสุขภาพที่ ๗ (๔ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๐๗					
เขต ๑๒ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด					
นพ.ณรงค์ สายวงศ์ (ห้อง ๒๔๐๒)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗**	๐-๒๕๙๐-๑๔๖๖	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๒	๐๘๑-๕๔๔๙๕๒๑	tung๔ever๒๐๐๑@yahoo.com
นางพูลสุข สวัสดี	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๙	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๒	๐๘๑-๗๙๓๐๘๙๕	boomboom๐๙๒๙@gmail.com
นส.กิตติมา ป้านสุวรรณ	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๙	๐-๒๕๙๑-๘๕๓๒	๐๘๒-๓๕๙๗๘๗๘	boomboom๐๙๒๙@gmail.com
นพ.อิทธิพล สูงแข็ง (ห้อง ๒๕๑๔)	**สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗**	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๙	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๙๖๔๒๕๒๑	ittnko@gmail.com
นส.ลภัสรดา สระดอกบัว	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๙	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๔-๘๖๓๐๙๖๘	laphatrada.๑๔@gmail.com
นางปวีณ์นภา ตั้งทวีรัศม์	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๙	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๔-๔๙๙๕๙๖๖	kai.rungkul@hotmail.com
นางสุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์ (ห้อง.....)	**ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจ ราชการ เขตสุขภาพที่ ๗**			๐๘๑--๙๗๗๗๖๓๘	sumalee๐๖๕๗@gmail.com

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
นส.ศิริวรรณ จันทร์สระคู	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗	๐-๒๕๙๐-๒๔๗๓	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๘	๐๘๙-๘๔๕๘๐๖๓	pome๔๐@gmail.com
นส.นัฐษกมล ฟ้าบรรเจิด	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๐	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๘	๐๘๔-๐๐๘๑๔๘๐	natsakan๑@hotmail.com
เขตสุขภาพที่ ๘ (๗ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๐๘					
เขต ๑๐ บึงกาฬ เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี					
เขต ๑๑ นครพนม สกลนคร					
นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ (ห้อง ๒๔๐๑)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘**	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๔ ๐-๒๕๙๐-๑๕๙๒	๐-๒๕๙๐-๑๔๙๖	๐๘๙-๖๐๙๒๒๕๐	chanvitt@gmail.com
นางปาริฉัตร ตันติยวรงค์	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๔ ๐-๒๕๙๐-๑๕๙๒	๐-๒๕๙๐-๑๔๙๖	๐๘๔-๕๕๔๗๗๗๐	tanuan๔@gmail.com
นส.สุภาพร เฉยทิม	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๔ ๐-๒๕๙๐-๑๕๙๒	๐-๒๕๙๐-๑๔๙๖	๐๘๑-๘๑๙๕๒๗๙	sudaratana๗๘๙@gmail.com
นส.ปราณี จริตเอก	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๔ ๐-๒๕๙๐-๑๕๙๒	๐-๒๕๙๐-๑๔๙๖	๐๘๗-๐๕๖๙๒๘๖	panee๑๐๑๒@gmail.com
นางวัชราวัลย์ ธีรวัฒน์	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๔ ๐-๒๕๙๐-๑๕๙๒	๐-๒๕๙๐-๑๔๙๖	๐๘๙-๒๑๒๒๔๘๖	pinklotus๑๘๑๘@hotmail.com
นพ.พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง (ห้อง ๒๔๑๑)	**สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘**	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๗	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๒๖๑๐๐๕๘	pongsawat.thes@hotmail.com
นายธามพิสิษฐ์ ตีเมืองสอง	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๔๙๐	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๕-๘๙๘๙๘๖๖ , ๐๘๙-๒๘๖๘๖๘๒	thamphisit@hotmail.com, blue_dragon๒๕๑๔@hotmail.com

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
นางนภาลัย เล็กเริงสินธุ์	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๔๙๐	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๙-๔๐๔๗๘๘๗	napalai.lek@gmail.com
นางสิริพรรณ โชติกมาศ (ห้อง.....)	**ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘**			๐๘๕-๖๖๗๖๓๓๓	krarok@hotmail.com
- ว่าง -	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘	๐-๒๕๙๐-๒๔๗๐	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๘		
	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘				
นางสุริยาพร เตชะวิทยะจินดา	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๒	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๑-๖๔๓-๑๖๔๐	ningsuri@gmail.com,ningsuri@hotmail.com
เขตสุขภาพที่ ๙ (๔ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๐๙					
เขต ๑๔ ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์					
นพ.ไพศาล ดั่นคุ้ม (ห้อง ๒๕๑๕)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙**	๐-๒๕๙๐-๑๖๑๐	๐-๒๕๙๐-๘๕๓๔	๐๘๑-๙๙๑๐๑๖๖	paisarnpom@gmail.com
นายสุธรรม เทศรำพรรณ	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๘	๐-๒๕๙๐-๘๕๓๔	๐๘๑-๕๕๗๐๖๕๔	sttail@gmail.com
นางกนกพร จิเจริญ	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๘	๐-๒๕๙๐-๘๕๓๔	๐๘๑-๖๙๗๑๕๐๑	pookgy@gmail.com
นพ.ยุทธนา พูนพานิช (ห้อง ๒๔๑๐)	**สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙**	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๑	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๓๗๘๘๐๙, ๐๘๑๔๘๐๔๕๐๔	yuttanapee@yahoo.com
นส.นิภาพรรณ์ ศรีโตพันธ์	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๑	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๙-๑๔๐๖๘๕๐	goody.noodee@gmail.com
นส.ลาวัลย์ สุขุมวาท (ห้อง.....)	**ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙**			๐๘๑-๑๗๒๒๑๒๗	pulawan๕๕๕@gmail.com

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
- ว่าง -	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๐	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๘		
นายพัฒนะ ชัยชิต	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙	๐-๒๕๙๐-๑๔๖๑	๐-๒๕๙๐-๑๘๙๑	๐๘๙-๙๕๒๑๑๖๘	godeng_go@hotmail.com
เขตสุขภาพที่ ๑๐ (๕ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๑๐					
เขต ๑๑ มุกดาหาร					
เขต ๑๓ ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ					
รศ.คลินิก พญ.วารุณี จินารัตน์ (ห้อง ๒๕๐๒)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐**	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๗	๐-๒๕๙๑-๑๔๗๕	๐๘๑-๙๐๗๖๓๘๔	jvarunee@hotmail.com
นส.ศิริพร สุขสว่าง (พกส)	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๕๙๔	๐-๒๕๙๑-๑๔๗๕	๐๘๙-๑๑๒๗๘๙๔	sookswang_ong@hotmail.com
นส.พชรวรรณ หนูฤทธิ์	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๕๙๔	๐-๒๕๙๑-๑๔๗๕	๐๙๑-๘๒๖๗๙๓๙	phacharawan-th@hotmail.com
นพ.สุรพร ลอยหา (ห้อง ๒๔๑๓)	**สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐**	๐-๒๕๙๐-๑๕๙๘	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๕๔๘๘๕๙๘	loiha๒๐๐๔@yahoo.com
นส.พรอินทร์ วังยายฉิม	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๖	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๘๕๑๖๒๘๖	noipornin@gmail.com
นส.ลภัสรดา โอสถานนท์	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๖	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๘๑๘๔๓๔๓	thito๗๗@gmail.com
นางกองมณี สุรวงษ์สิน (ห้อง.....)	**ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจ ราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐**			๐๘๔-๘๗๔๔๐๙๐	kongmanee@hotmail.com
- ว่าง -	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๓	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๘		
นส.พรอินทร์ วังยายฉิม	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๖	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๘๕๑๖๒๘๖	noipornin@gmail.com
นส.นริศรา ปั้นทอง	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๔	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๕-๑๙๙๑๖๖๙	ops.moph@gmail.com

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	e-mail
เขตสุขภาพที่ ๑๑ (๗ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๑๑					
เขต ๖ ชุมพร นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี					
เขต ๗ กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง			-		
นพ.ณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์ (ห้อง ๒๔๐๖)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑**	๐-๒๕๙๐-๑๔๖๒	๐-๒๕๙๐-๘๕๓๔	๐๘๑-๔๗๖๔๒๘๘	matsurat@gmail.com
นางจุรีรัตน์ มัฏฐาพันธ์	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๖	๐-๒๕๙๑-๘๕๒๙	๐๘๐-๔๙๔๗๓๑๙	jureerat๒๐@gmail.com
นพ.เจษฎา ฉายคุณรัฐ (ห้อง ๒๕๑๐)	**สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑**	๐-๒๕๙๐-๑๕๘๖	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๙-๙๗๓๙๙๓๖	Jc๗๒๐๑๒@hotmail.com,Jc๗๒๐๑๒@gmail.com
นายรพิพันธุ์ ซันประสิทธิ์	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๘	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๙๘-๒๖๓๖๑๓๙	neohimura๒๓๖@hotmail.com
นางจิราภรณ์ อุ่นเสียม (ห้อง.....)	**ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑**			๐๘๑-๗๑๙๔๘๓๑ ๐๘๔-๘๗๔๔๐๙๗	potthong.j@gmail.com, aunseam_j@hotmail.com
- ว่าง -	หน.กลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๑	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๘	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐		
นางวรรณวิภา สะวานนท์	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๔	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๖๑-๙๘๐๐๘๖๙	kittijapan@hotmail.com
นางศิริเพ็ญ ตลับนาค	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๖	๐-๒๕๙๑-๘๕๒๙	๐๘๙-๔๗๔๔๙๑๖	Pen.ta@hotmail.com
เขตสุขภาพที่ ๑๒ (๗ จังหวัด) : สธ ๐๒๐๔.๑๒					
เขต ๖ พัทลุง					
เขต ๗ ตรัง					
เขต ๘ นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล					

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ
พญ.พรรณพิมล วิปุลากร (ห้อง ๒๔๐๕)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒**	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๗	๐-๒๕๙๑-๘๕๒๙	๐๘๑-๘๑๓๗๔๗๙	drpanpimol@yahoo.com
นส.ศิรัญญา ศรีเด่น	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๔๘๗	๐-๒๕๙๑-๘๕๒๙	๐๘๑-๖๑๑๐๒๖๑	arden๓๙๔๙@hotmail.com
นพ.ยอร์น จิระนคร (ห้อง ๒๔๐๘)	**สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒**	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๙	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๑-๙๙๐๒๗๑๐	pnho๐๐๑@yahoo.com
นางวิภา วงค์เมฆ	เลขานุการสาธารณสุขนิเทศก์	๐-๒๕๙๐-๑๔๗๙	๐-๒๕๙๐-๑๔๓๑	๐๘๖-๗๘๙๙๒๘๐	Wipa๒๗@yahoo.com
นางสุนันทา กาญจนพงศ์ (ห้อง.....)	**ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจ ราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒**			๐๘๑-๕๓๕๖๒๗๒	trayanan๑๒@gmail.com
ภก.ประเวศ หมีดเส็น	**ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจ ราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒**	๐๗๔-๔๔๑๓๗๓		๐๘๑-๕๔๒๔๓๓๐	praves๗๒@hotmail.com
นส.ศิญาภัสร์ จำรัสอธิวัฒน์	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๖	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๘	๐๘๑-๙๒๘๗๒๖๙	srakngarn@gmail.com
	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๐	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐		
เขตสุขภาพที่ ๑๓ : สธ ๐๒๐๔.๑๓					
กรุงเทพมหานคร					
พญ.ประนอม คำเที่ยง	**รองปลัดกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๓**			๐๘๑-๘๑๖๔๙๒๗	pcmd๐๑@hotmail.co.th
นางลำพาส พิศปั้น	เลขานุการรองปลัดกระทรวง			๐๘๔-๘๒๒๕๓๑๙	Lamphas๐๗@gmail.com,
นพ.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ (ห้อง ๒๕๐๖)	**ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๓**	๐-๒๙๕๐-๑๕๘๙	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๘๘๓๗๖๐๑	Drpisitnan@gmail.com

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ
นางภคภรณ์ นิธิศุภโชคชัย	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๕๙๙	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๘๒๘๘๗๙๑	Pucksit@gmail.com
นายบรรเจิด ทิงเหม	เลขานุการผู้ตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๑๕๙๙	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๖-๖๘๕๗๙๐๐	bj.t๒๕๕๗@gmail.com
นางแสงจันทร์ ชาติประสิทธิ์	หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๓	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๔	๐-๒๕๙๐-๑๘๙๑	๐๙๒-๒๔๖๐๕๕๓	sang๐๖@windowslive.com , sritavong@yahoo.com
	ผู้ช่วย หน.กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๓	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๔	๐-๒๕๙๐-๑๘๙๑		
นส.มนทิรา อุตมานันท์	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๔	๐-๒๕๙๐-๑๖๙๐	๐๘๑-๙๗๖๗๕๕๙	muttamanun@yahoo.com
นายศุทธิวัต ทองทา	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๔	๐-๒๕๙๐-๑๘๙๑	๐๘๙-๕๓๘๓๙๘๘๙	suttinat@hotmail.com
นส.ศิรประภา กุลเกษ	ผู้ปฏิบัติงานประจำกลุ่ม	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๔	๐-๒๕๙๐-๑๘๙๑	๐๙๖-๘๘๗๗๘๒๐	siraprapha.kk@gmail.com
**กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ สำนักตรวจและประเมินผล					
นางลักษณา ว่องประทานพร	หน.กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๗	๐-๒๕๙๐-๒๔๖๘	๐๘๔-๘๗๔๔๐๙๖	Luxanaa๙@gmail.com
นางศิริพร ลั่นซ้าย	หน.งานตรวจกรณีปกติ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๒	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๑-๔๒๕๐๙๐๔	chompoos@gmail.com ,
นางสิรินันท์ พานพิศ	งานตรวจราชการกรณีปกติ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๒	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๗-๓๓๗๒๐๗๘	sirinan๒๕@gmail.com
นางขวัญแก้ว จันทรวิเชียร	งานตรวจราชการกรณีปกติ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๒	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๙-๙๓๙๗๓๗๑	hush๐๑hush@hotmail.com
นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์	หน.งานตรวจบูรณาการ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๒	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๕-๐๕๗๔๘๑๔	supawade๑@yahoo.co.th
นายพีระพล กล้าหาญ	งานตรวจราชการแบบบูรณาการ	๐-๒๕๙๐-๑๖๐๒	๐-๒๕๙๐-๑๘๙๑	๐๙๕-๗๔๙๙๗๙๗	Peerapon๗๗๔๐@gmail.com
นางจรูญทรัพย์ กัญญาลักษณ์	หน.งานตรวจกรณีพิเศษ	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๐	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๖-๗๗๓๗๔๗๗	kljunhyd@gmail.com
นส.อรนุช พุ่มพวง	งานตรวจราชการกรณีพิเศษ	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๐	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๒-๖๗๑๘๑๐๕	taewop@gmail.com
นางวนิดา สัตถาธีรทรัพย์	งานตรวจราชการกรณีพิเศษ	๐-๒๕๙๐-๑๙๕๐	๐-๒๕๙๐-๑๐๒๐	๐๘๑-๔๓๒๗๒๗๒	sattaterasub@gmail.com



ส่วนราชการ/หน่วยงาน : สำนักนายกรัฐมนตรี
กอง/สำนัก : สำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
โทรศัพท์ : ๐ ๒๒๘๓ ๔๙๔๔ **โทรสาร** ๐ ๒๒๘๓ ๔๙๔๔
Wedsite : www.opm.go.th

ชื่อผู้ตรวจราชกระทรวง/หมายเลขติดต่อ	เขตตรวจราชการ/จังหวัดที่รับผิดชอบ
<u>หัวหน้าผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u> **ชื่อ – นามสกุล :** นายจิรายุ นันท์ธราธร **โทร.:** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๖๑ ๐๘๑ ๘๗๘ ๔๗๓๔ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๒ **E-mail address :** jirayu.n@opm.go.th **<u>ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกนายกรัฐมนตรี</u>** **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวชนิดา จันทรนคร **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๗๗ ๐๘๕ ๔๘๑ ๑๒๓๗ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๒ **E-mail address :** Chanida.C@opm.go.th **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวสุธาสินี กุศลสร้าง **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๙๙ ๐๘๑ ๘๑๖ ๑๔๓๒ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๒ **E-mail address :** suthasinee.k@opm.go.th	ส่วนกลาง (กรุงเทพมหานคร)
<u>ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u> **ชื่อ – นามสกุล :** นางอัจจิมา จันทร์สุวานิชย์ **โทร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๑๒ ๐๘๙ ๒๐๕ ๗๕๙๔ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๕ **E - mail address :** ajima.chansuwanit@outlook.com **<u>ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u>** **ชื่อ – นามสกุล :** นายบุญชื่น ถิระสิทธิวัฒน์ **โทร :** ๐๘๕ ๔๘๑ ๑๕๙๔ **โทร/โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๕ **E-mail address :** boonchuen.t@gmail.com **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวผกาพรรณ นันทรัตน์ **โทร :** ๐๘๕ ๔๘๑ ๑๖๔๗ **โทร/โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๕ **E-mail address :** pakapan.n19@gmail.com	เขตที่ ๑ นนทบุรี ปทุมธานี สระบุรี พระนครศรีอยุธยา เขตที่ ๑๔ ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์

ชื่อผู้ตรวจราชกระทรวง/หมายเลขติดต่อ	เขตตรวจราชการ/จังหวัดที่รับผิดชอบ
ชื่อ – นามสกุล : นางสาวจิตรานุช อยู่เจริญ **โทร :** ๐๘๑ ๓๑๑ ๕๙๔๓ **โทร/โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๕ **E-mail address :** JEENA_51@windowslive.com	
<u>ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u> **ชื่อ – นามสกุล** นางภัทรภร ฐิติยาภรณ์ **โทร.:** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๖๕ ๐๘๕ ๔๘๗ ๕๐๔๑ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๐ **E-mail address** : meunward@gmail.com **<u>ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกนายกรัฐมนตรี</u>** **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวยุพดี สงวนเชื้อ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๙๒ ๐๘๕ ๔๘๑ ๑๙๐๘ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๐ **E-mail address :** YPADEE@hotmail.com **ชื่อ – นามสกุล :** นายรักษ์ศักดิ์ สุขวิเศษ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๙๓ ๐๘๗ ๑๐๑ ๘๐๘๘ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๐ **E-mail address :** figfunny@hotmail.com	เขตที่ ๒ ชัยนาท ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง เขตที่ ๑๒ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
<u>ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u> **ชื่อ – นามสกุล :** นายไพโรจน์ อาจรักษา **โทร.:** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๕๕ ๐๘๔ ๔๓๙ ๒๘๘๓ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๔ **E-mail address :** PAIROT.A@OPM.GO.TH **<u>ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกนายกรัฐมนตรี</u>** **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวธิดานันท์ สุขมาก **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๖๙ ๐๘๕ ๔๘๑ ๒๔๐๑ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๔ **E-mail address :** t_thidanun@hotmail.com **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวชัญชนันท์ ชื่นค้าสุธรัตน์ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๘๒ ๐๘๕ ๔๘๑ ๑๖๕๙ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๔ **E-mail address :** chun062511@gmail.com **ชื่อ – นามสกุล :** นายธวัชชัย เชาวลิต	เขตที่ ๓ ฉะเชิงเทรา นครนายก ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ เขตที่ ๔ กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี

ชื่อผู้ตรวจราชกระทรวง/หมายเลขติดต่อ	เขตตรวจราชการ/จังหวัดที่รับผิดชอบ
โทร. : ๐๘๕ ๔๘๑ ๒๒๓๗ **โทร/โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๔ **E-mail address :** yy_71@hotmail.com	
<u>ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u> **ชื่อ – นามสกุล :** นายวรพันธ์ เย็นทรัพย์ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๖๔ ๐๘๑ ๓๗๖ ๘๑๙๑ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๖ **E-mail address** : - **<u>ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกนายกรัฐมนตรี</u>** **ชื่อ – นามสกุล :** นางเบญจวรรณ ธนะปัทม์ **โทร. :** ๐๘๕ ๔๘๑ ๒๔๐๒ **โทร/โทรสาร : :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๖ **E-mail address :** ben_lan@hotmail.com **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวธิดารัตน์ ดวงเด่นมาก **โทร :** ๐๘๑ ๙๒๑ ๕๑๓๖ **โทร/โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๖ **E-mail address** : thidarat.db@hotmail.com	เขตที่ ๕ ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม
<u>ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u> **ชื่อ – นามสกุล :** นายสมพาศ นิลพันธ์ **โทร.** : ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๕๘ ๐๘๑ ๘๒๖ ๐๔๙๗ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๕ **E-mail address** : SOMPAS.N@OPM.GO.TH **<u>ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกนายกรัฐมนตรี</u>** **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวภัทราวรรณ ดีวงษ์ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๗๒ ๐๘๕ ๔๘๑ ๑๗๘๓ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๕ **E-mail address :** pdi12@windowslive.com **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวพิณทิพย์ ยอดปืน **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๘๖ ๐๘๕ ๔๘๑ ๑๕๘๗ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๕ **E-mail address :** yodpin2@hotmail.com **ชื่อ – นามสกุล :** นางวรารัตน์ ม่วงปาน **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๒๑๔ ๐๘๔ ๗๕๑ ๗๐๑๐	เขตที่ ๖ ชุมพร นครศรีธรรมราช พัทลุง สุราษฎร์ธานี เขตที่ ๑๑ นครพนม มุกดาหาร สกลนคร

ชื่อผู้ตรวจราชกระทรวง/หมายเลขติดต่อ	เขตตรวจราชการ/จังหวัดที่รับผิดชอบ
โทรสาร : ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๕ **E-mail address :** wara_rut@hotmail.com	
<u>ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u> **ชื่อ – นามสกุล :** นางประภาศรี บุญวิเศษ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๖๓ ๐๘๑ ๓๗๔ ๓๓๗๓ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๓ **E-mail address** : Prapasri82@gmail.com **<u>ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกนายกรัฐมนตรี</u>** **ชื่อ – นามสกุล :** นายวิบูลย์ โค้วตระกูล **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๗๕ ๐๘๙ ๒๐๕ ๗๕๐๓ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๓ **E-mail address :** khotrakoon@hotmail.com **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวนภาพร จันทร์สุข **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๙๐ ๐๙๘ ๒๘๐ ๗๕๖๘ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๓ **E-mail address :** natpu2554@hotmail.com **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวอินทิรา มูลศาสตร์ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๕๗ ๐๘๑ ๔๕๐ ๒๘๗๓ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๓ **E-mail address :** gamyjaa@hotmail.com	เขตที่ ๗ กระบี่ ตรัง พังงา ภูเก็ต ระนอง เขตที่ ๑๕ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน
<u>ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u> **ชื่อ – นามสกุล :** นายสุรศักดิ์ เรียงเครือ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๙ ๐๘๔ ๓๓๕ ๖๖๙๙ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๙ **E-mail address :** Sriangkrul@yahoo.com **<u>ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกนายกรัฐมนตรี</u>** **ชื่อ – นามสกุล :** นายยอดวุฒิ กลิ่นทอง **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๗๘ ๐๘๑ ๕๕๙ ๙๐๖๓ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๙ **E-mail address :** yodwut@hotmail.com **ชื่อ – นามสกุล :** นายณรงค์ฤทธิ์ ลีดีศรี **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๐๑ ๐๘๖ ๖๔๐ ๔๓๖๓ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๙	เขตที่ ๘ นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล เขตที่ ๑๖ เชียงราย น่าน พะเยา แพร่

ชื่อผู้ตรวจราชกระทรวง/หมายเลขติดต่อ	เขตตรวจราชการ/จังหวัดที่รับผิดชอบ
E-mail address : narongrit.l@opm.go.th **ชื่อ – นามสกุล :** นายสิริชัย คำชมภู **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๐๑ ๐๘๖ ๐๖๐ ๓๓๘๐ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๙ **E-mail address :** satapolk@hotmail.com	
<u>ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u> **ชื่อ – นามสกุล :** นายวรพันธ์ เย็นทรัพย์ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๖๔ ๐๘๑ ๓๗๖ ๘๑๙๑ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๖ **E-mail address :** - **<u>ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกนายกรัฐมนตรี</u>** **ชื่อ – นามสกุล :** นางแกมกาญจน์ อุ่นนันกาศ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๗๐ ๐๘๕ ๔๘๑ ๒๑๓๒ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๓๑ **E-mail address :** kaembum2014@hotmail.com	เขตที่ ๙ จันทบุรี ชลบุรี ตราด ระยอง
<u>ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u> **ชื่อ – นามสกุล :** นายอิสระ ศิริวรภา **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๖๑ ๐๘๙ ๙๖๙ ๒๐๒๕ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๗ **E-mail address :** - **<u>ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกนายกรัฐมนตรี</u>** **ชื่อ – นามสกุล :** นางผ่องศรี ลาลุน **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๗๖ ๐๙๐ ๑๙๗ ๒๑๐๖ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๗ **E-mail address :** Phongsri_la@hotmail.com **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวบุญศรี สุวรรณกำเนิด **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๙๑ ๐๙๐ ๑๙๗ ๒๑๐๕ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๗ **E-mail address :** - **ชื่อ – นามสกุล :** นายจิระศักดิ์ เขียนนิล **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๒๑๘ ๐๘๕ ๔๘๑ ๒๔๐๘ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๗ **E-mail address :** -	เขตที่ ๑๐ บึงกาฬ เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี เขตที่ ๑๓ ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี

ชื่อผู้ตรวจราชกระทรวง/หมายเลขติดต่อ	เขตตรวจราชการ/จังหวัดที่รับผิดชอบ
<u>ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u> **ชื่อ – นามสกุล :** พันตำรวจโท เธียรรัตน์ วิเชียรสรรค์ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๖๒ ๐๘๔ ๔๓๙ ๒๘๘๔ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๕ **E-mail address :** - **<u>ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี</u>** **ชื่อ – นามสกุล :** นางนลินี มหาขันธ์ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๙๔ ๐๘๕ ๔๘๑ ๑๓๘๕ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๕ **E-mail address :** nalinee8@hotmail.com **ชื่อ – นามสกุล :** นางสาวดุจแข วงษ์สุวรรณ **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๙๕ ๐๘๕ ๔๘๑ ๑๓๘๕ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๕ **E-mail address :** puklok_fat1@yahoo.co.th **ชื่อ – นามสกุล :** นางพรโสภิต ขวัญเมือง **โทร. :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๐๙๕ ๐๘๖ ๐๘๐ ๖๐๐๖ **โทรสาร :** ๐ ๒๒๘๓ ๔๑๒๕ **E-mail address :** kalaekaekai@hotmail.com	เขตที่ ๑๗ ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ เขตที่ ๑๘ กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี

คณะที่ปรึกษา

๑.	แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
		ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๓
๒.	นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
		ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔
๓.	นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
		ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒
๔.	นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
		ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖
๕.	นายแพทย์รัฐวุฒิ สุขมี	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑
๖.	นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓
๗.	นายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕
๘.	นายแพทย์ณรงค์ สายวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗
๙.	นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘
๑๐.	นายแพทย์ไพศาล ดั่นคุ้ม	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙
๑๑.	แพทย์หญิงวารุณี จินารัตน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐
๑๒.	นายแพทย์ณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑
๑๓.	แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒
๑๔.	นายแพทย์ไพศาล ธัญญาวินิชกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑
๑๕.	นายแพทย์ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒
๑๖.	นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓
๑๗.	นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔
๑๘.	นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕
๑๙.	นายแพทย์อภิชาต รอดสม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖
๒๐.	นายแพทย์อิทธิพล สูงแข็ง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗
๒๑.	ดร.นายแพทย์พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘
๒๒.	นายแพทย์ยุทธนา พูนพานิช	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙
๒๓.	นายแพทย์สุรพร ลอยหา	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐
๒๔.	นายแพทย์เจษฎา ฉายคุณรัฐ	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑
๒๕.	นายแพทย์ยอร์น จิระนคร	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๒๖.	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒	

คณะผู้จัดทำ

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๒. คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (คกต.) คณะที่ ๑-๕

๓.	นายแพทย์ภูวเดช สุระโคตร	ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล
๔.	นายสันติ ศิริโกมล	รองผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล
๕.	นางสาวนวลภรณ์ เฉยรอด	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์
๖.	นางสุนีย์ สว่างศรี	หัวหน้ากลุ่มประเมินผล
๗.	นางอุบลวรรณ การสมเจตน์	หัวหน้ากลุ่มอำนวยการ
๘.	นางวัชราพร เห็นใจชน	หัวหน้ากลุ่มรับเรื่องร้องเรียน
๙.	นายชาลี เอี่ยมมา	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑
๑๐.	นายสุรัติ ฉัตรไชยาฤกษ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒
๑๑.	นางสาวฐปณภร เจริญวงศ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓
๑๒.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔	
๑๓.	นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบูรณ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕
๑๔.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖	
๑๕.	นางสาวศิริวรรณ จันทร์สระคู	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗
๑๖.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘	
๑๗.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙	
๑๘.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐	
๑๙.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑	
๒๐.	นางสาวศิญาภัสร์ จำรัสอธิวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๒๑.	นางแสงจันทร์ ชาติประสิทธิ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๓
๒๒.	นางลักษณา ว่องประทานพร	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๓.	นางศิริพร ลั่นซ้าย	หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๔.	นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์	หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๕.	นางสาวสิรินันท์ พานพิศ	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๖.	นางสาวขวัญแก้ว จันทรวิเชียร	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๗.	นายพีระพล กล้าหาญ	ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ

บรรณาธิการ

๑.	นายแพทย์ภูวเดช สุระโคตร	ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล
๒.	นายสันติ ศิริโกมล	รองผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล
๓.	นายสุวัฒน์ โคตรสมบัติ	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๑
๔.	นายสุรัติ ฉัตรไชยาฤกษ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๒
๕.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๓	
๖.	นางอมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบูรณ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๔
๗.	นางลักษณา ว่องประทานพร	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ เลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๕
๘.	นางศิริพร ลั่นซ้าย	หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๙.	นางสุภาวดี อัศวศรีอนันต์	หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๕
๑๐.	นางสาวสิรินันท์ พานพิศ	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๑.	นางสาวขวัญแก้ว จันทรวิเชียร	ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๑๒.	นายพีระพล กล้าหาญ	ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๕

ออกแบบปกโดย

นางสาวกิตตินันท์ ธรรมวันนา

