



รายละเอียด ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

2569



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานในระดับกรมและกอง ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยยึดกรอบความเป็นเลิศ 4+1 คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) และด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health – Related Economy Excellence) เอกสารฉบับนี้ได้รวบรวมรายละเอียดตัวชี้วัดที่ครอบคลุม 12 แผนงาน 27 โครงการ และ 36 ตัวชี้วัด เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประกอบการวางแผน ดำเนินงาน และจัดเก็บข้อมูลผลการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นทิศทางเดียวกัน

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณหน่วยงานที่ร่วมสนับสนุนข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการจัดทำเอกสารฉบับนี้ ความร่วมมือดังกล่าวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้เอกสารมีความสมบูรณ์และพร้อมนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป หวังว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่การดำเนินงานของทุกหน่วยงาน

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ธันวาคม 2568

สารบัญ

ตัวชี้วัดที่	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1
2	ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และฟันดีไม่มีผุ	
	2.1. ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	3
	2.2. ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	
3	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	9
4	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป	11
5	ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้น (ร้อยละต่อปี) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	
	(Proxy: ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกกระดัดพบเพียงขึ้นไป)	14
6	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	
	6.1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	18
	6.2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
7	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)	25
8	ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัด เป็นไปตามเป้าหมายการกำจัดโรคหัดตามพันธสัญญานานาชาติ	27
9	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาโมยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย)**	
	9.1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาโมยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	29
	9.2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาโมยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย)	
10	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	34
11	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64)	37
12	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	39

ตัวชี้วัดที่	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
13	อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	43
14	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	45
15	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC	50
16	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	
	16.1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	54
	16.2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	
17	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	
	17.1. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	58
	17.2. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	
18	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	62
19	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	67
20	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า	69
21	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+, P, A+, A)	71
22	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	
	22.1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	73
	22.2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	
	22.3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	
23	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	76
24	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	78
25	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	80
26	สัดส่วนการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	84

ตัวชี้วัดที่	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
27	ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	87
28	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA** 28.1. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA 28.2. ร้อยละของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน และหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก	90
29	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน 29.1. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน 29.2. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน 29.3. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย มีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน	99
30	ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่กำหนด 30.1. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 30.2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c เข้าภายใน 90 วัน 30.3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 30.4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL เข้าภายใน 90 วัน 30.5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 30.6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 30.7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol เข้าภายใน 90 วัน 30.8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 30.9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides เข้าภายใน 90 วัน 30.10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	107
31	ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)	114
32	ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)	118

ตัวชี้วัดที่	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
33	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)	121
34	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	123
35	ร้อยละที่เพิ่มของกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีศักยภาพในการแข่งขันในระบบเศรษฐกิจสุขภาพ (Proxy :ร้อยละของสถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์การส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ)	126
36	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก 36.1. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต 36.2. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก	130

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ		
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน		
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอดรวมถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
		15	14
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด 2. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 3. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อมารดาตายให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้ 1. โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย — แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง — ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์อนามัยภายใน 24 ชั่วโมง 3. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมดเพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา 4. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 ประสานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย — ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th ภายใน 24 ชั่วโมง — ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย และจัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา — รายงานการตายมารดา (MDR report) ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน 5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย — รายงานผลการดำเนินงานในระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย ทุกวันที่ 20 ของเดือน		

	— รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข ทุก 3 เดือน — วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวมและรายงานแก่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด และจัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง															
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กเกิดมีชีพในช่วงเวลาเดียวกัน															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$															
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส															
เกณฑ์การประเมิน :																
<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr> <tr> <td>อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td></tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน													
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย															
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย 2. แบบฟอร์มรายงานการตายมารดา https://mpdsr.anamai.moph.go.th/#/ 3. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr?year=2025&kid=76															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <th>Baseline data</th><th>หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr> <tr> <td></td><td></td><td>2566</td><td>2567</td><td>2568</td></tr> <tr> <td>อัตราส่วนการตายมารดา</td><td>ต่อแสนการเกิดมีชีพ</td><td>21.4</td><td>19.29</td><td>19.89</td></tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2566	2567	2568	อัตราส่วนการตายมารดา	ต่อแสนการเกิดมีชีพ	21.4	19.29	19.89
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		2566	2567	2568												
อัตราส่วนการตายมารดา	ต่อแสนการเกิดมีชีพ	21.4	19.29	19.89												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4121 โทรสาร : - นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดชา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4426 โทรสาร : - สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : tipa.k@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : Chawee_phd@yahoo.com															
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4438 โทรสาร : - สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : wanchanok.anamai@gmail.com															
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	-															

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และฟันดีไม่มีผุ 2.1 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย 2.2 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)
คำนิยาม	นิยามตัวชี้วัด 2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย - เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 หรือ 60 เดือน นับถึงสิ้นปีงบประมาณ - พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260) นิยามเพิ่มเติม - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย แบ่งพัฒนาการเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้อใหญ่ การใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ความเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตัวเองและสังคม - การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Typearea1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Typearea3: ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) - พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) - พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 - เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) - ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Typearea1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Typearea3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

	นิยามตัวชี้วัด 2.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ● เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ● เด็กอายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) หมายถึง เด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่มีฟันน้ำนมที่ปกติ และ/หรือฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุดถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะเพิ่มเติมใด ๆ อีก และไม่มีฟันน้ำนมถูกถอนจากโรคฟันผุ กรณีที่ เด็กอายุ 5 ปี มีฟันถาวรขึ้นพ้นเหงือก จะไม่นับฟันถาวร โดยการเร่งรัดควบคุมโรคฟันผุ ด้วยการได้รับการทา/เคลือบฟลูออไรด์ รวมถึงสารฟลูออไรด์เข้มข้น (ซิลเวอร์ไดออกไซด์ฟลูออไรด์) ในกลุ่มเสี่ยงการบูรณะฟันตามความจำเป็น รวมถึงการควบคุมฟันผุโดยวิธี SMART Technique (Simplified Modified Atraumatic Restorative Treatment หรือ Silver Modified Atraumatic Restorative Treatment) ซึ่งเป็นเทคนิคการรักษาฟันผุด้วยการกำจัดเนื้อฟันที่ผุออกเพียงบางส่วน โดยใช้เครื่องมือ (hand instrument) กำจัดเนื้อฟันที่ผุออกโดยไม่ใช้เครื่องกรอฟัน และใช้วัสดุบูรณะกลาสไอโอโนเมอร์ ที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์บูรณะฟัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัย ลดการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนวัยอันควร และเพิ่ม Cavity free ของเด็กปฐมวัย												
เกณฑ์เป้าหมาย : - เป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2579 <table><tr><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td></tr></table> - เป้าหมายตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (11) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต (พ.ศ. 2561-2580) ระยะ พ.ศ. 2566-2570 : ไม่น้อยกว่า 85 คะแนน ภายในปี 2570 - เป้าหมายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566 - พ.ศ.2570) ดัชนีพัฒนาการเด็กสมัยใหม่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88 เมื่อสิ้นสุดแผน - เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) <table><tr><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 87</td><td>ร้อยละ 88</td><td>ร้อยละ 88</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 87	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90											
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 87	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88											
วัตถุประสงค์	- ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย - พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ - ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ - เด็กได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรมเพื่อป้องกันฟันผุตั้งแต่แรก												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ 2.1	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล ตัวชี้วัดที่ 2.1	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลผลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม												

	2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงาน และประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่ 3. ศูนย์อนามัยและสำนักส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงานและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หมายเหตุ : ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน)การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์อย่างน้อย 45 วัน
แหล่งข้อมูล ตัวชี้วัดที่ 2.1	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก a = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรคำนวณตัวชี้วัดร้อยละสมวัย รวมทั้ง 5 กลุ่มอายุ $= \frac{(A9+a9)+(A18+a18)+(A30+a30)+(A42+a42)+(A60+a60)}{B} \times 100$
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ 2.2	เด็กอายุ 0 – 5 ปี
วิธีจัดเก็บข้อมูล ตัวชี้วัดที่ 2.2	Bigdata กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล 43 แฟ้ม) - แฟ้ม Dental
แหล่งข้อมูล ตัวชี้วัด 2.2	ฐานข้อมูลในระบบ HIS ช่องทางกำกับติดตาม Dashboard Oral Health Data Center สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย https://moph.cc/OHDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กในรายการ (B) ที่มีเงื่อนไขคือ เด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน DFILLING>=0 และ DEXTRACT=0 และ DCARIES=0
รายการข้อมูล 2	B = 1) จำนวนเด็กอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันที่มารับบริการตรวจช่องปาก และเป็นประชาชนไทย Nation = 099 ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ Person Type Area = 1 ,3 และ Person Discharge = 9, ใช้แฟ้ม Dental ที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด (d_update) ในปีงบประมาณ ไม่นับซ้ำ (Distinct) hospcode+pid และแฟ้ม Dental มี provider type = 02 ,06 เงื่อนไขคุณภาพแฟ้ม dental DTEETH= 1 - 20 , DFILLING + DEXTRACT + DCARIES <=20 และ DCARIES + DFILLING <= DTEETH
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100
ระยะเวลาประเมินผล	รายเดือน รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2.1 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88
2.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน 2.1 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/2238b7879f442749bd1804032119e824 2.2 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ https://moph.cc/OHDC			
เอกสารสนับสนุน :	- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก, Platform Pink book https://shorturl.asia/TAabd - คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล https://shorturl.asia/Nz470 - คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/dspm - คู่มือประเมินผลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/daim - หลักสูตรออนไลน์ กรมอนามัย https://mooc.anamai.moph.go.th/ - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี https://shorturl.asia/LYT5 - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคปฏิบัติ - มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ https://shorturl.asia/eikrs - แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี 2569 https://moph.link/U187AJAaJ - ชุดการเรียนรู้รูปแบบ e-learning - เรื่อง แนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย - เรื่อง หลักสูตรส่งเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย สำหรับครูผู้ดูแลเด็กสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (ครู สพด. รู้ทันโรคฟันผุ) - เรื่อง พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน - แนวทางการควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ประเทศไทย พ.ศ.2568 https://moph.link/DOeBbLBEm			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐาน Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	2.1 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	79.7	78.1	82.8 (ณ 17 ต.ค. 68)
	2.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	ร้อยละ	67.6	72.2	77.1 (ณ 30 ก.ย. 68)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 2.1 1. แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4121 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. นายแพทย์สุรรัตน์ ผิวสว่าง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4072 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 3. นางทับทิม ศรีวิไล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4070 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 4. นางเปรมฤทัย เกตุเรน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5904224 E-mail: premmi_ko@hotmail.com สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย				
	ตัวชี้วัดที่ 2.2 1. ทนตแพทย์ดำรง อารงเลาะห์พันธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4211 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2. ทนตแพทย์หญิงกรกมล นิยมศิลป์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4208 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 3. ทนตแพทย์หญิงปฐมา เขาวนเมธา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4956 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่ 2.1 1. นางสาวชนกพร แสนสุด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4070 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. นางสาววัชรารัตน์ เถาว์แล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4251 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย				
	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail: saensood@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail: mameawwatcha@gmail.com				

	ตัวชี้วัดที่ 2.2 1. นางสาวณัฐมนันท์ ศรีทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 4475 E-mail: - สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2. นางสาวณัฐภัสสร แก้วประภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 4956 E-mail: natthapatson.k@anamai.mail.go.th สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	สสจ.

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ	
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)	
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ	
ชื่อตัวชี้วัด	3. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	
คำนิยาม	ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2547 กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานสะสมปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จำนวน 6,200 ตำบล การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง ตำบลมีการดำเนินการกิจกรรม พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีตามบริบทของชุมชนนั้นๆ อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้รูปแบบการพัฒนา หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในตำบลและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 50 แห่งชาติ ระดับดีขึ้นไป อย่างน้อย 1 แห่ง ระดับการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1. <u>ระดับพัฒนา</u>: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2. <u>ระดับดี</u>: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ 3. <u>ระดับดีมาก</u>: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงานมีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน 4. <u>ระดับดีเยี่ยม</u>: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงานมีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี	
เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละ 90 (ของตำบลเป้าหมายสะสมปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จำนวน 6,200 ตำบล)		
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569		ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570
ร้อยละ 90		-
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 2. เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการสุขภาพของชุมชนได้	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน 6,200 ตำบล	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บจากรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มกองสุศึกษา โดยศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1 – 12 2. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาชุมชนผ่านระบบการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ (Health Gate)	
แหล่งข้อมูล	ระบบการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ (Health Gate)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลเป้าหมายสะสม 6,200 ตำบล	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x100	
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 3 และ 4	

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ		
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	4. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป		
คำนิยาม	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นตัวชี้วัดจากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (Health Literate Communities : HLC) ในแต่ละปี ซึ่งจัดโดยหน่วยบริการที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) การประเมินใช้ระบบการประเมินจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ้นใจ)https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยงานภาคสาธารณสุข การศึกษา หรือสังคมที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การบริการข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรค พันฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ หรือการบริการอื่นใดที่ทำให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดี กับผู้รับบริการตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และเมืองสุขภาพดี ที่อาจเป็นประชาชนหรือพนักงานในหน่วยงานนั้น หรืออยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยบริการ หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) หมายถึง หน่วยบริการที่มีแนวปฏิบัติ (practices) การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพจากผู้ใช้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนตามบริบทพื้นที่ที่หน่วยบริการจัดขึ้น หรือเลือกใช้จากโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ้นใจ)		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	82	83	84
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามระดับอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินผ่านระบบ สาสุข อุ้นใจ		
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์ “สาสุข อุ้นใจ” URL : http://sasukoonchai.anamai.moph.go.th		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการประเมินในระดับเพียงพอขึ้นไป (A)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน (B)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) x 100		

ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3 เดือน : ตุลาคม 2568 - ธันวาคม 2568 รอบ 6 เดือน : ตุลาคม 2568 - มีนาคม 2569 รอบ 9 เดือน : ตุลาคม 2568 - มิถุนายน 2569 รอบ 12 เดือน : ตุลาคม 2568 - ตุลาคม 2569																												
เกณฑ์การประเมิน :																													
เขตสุขภาพ	ค่าเป้าหมายผู้ร่วมประเมิน ปี พ.ศ. 2569	เป้าหมายสัดส่วนของผู้ร่วมกิจกรรมที่มีพฤติกรรมพึงประสงค์ ปี พ.ศ.2569	เป้าหมายสัดส่วนร้อยละของผู้ที่มี HL เพียงพอ ปี พ.ศ. 2569																										
1	54,400	58	92.93																										
2	54,400	58	92.93																										
3	54,400	58	92.93																										
4	54,400	58	92.93																										
5	54,400	58	92.93																										
6	54,400	58	92.93																										
7	54,400	58	92.93																										
8	54,400	58	92.93																										
9	54,400	58	92.93																										
10	54,400	58	92.93																										
11	54,400	58	92.93																										
12	54,400	58	92.93																										
13	2,200	58	92.93																										
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td colspan="2">รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td colspan="5">เป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ฯ.....655,000.....คน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 25</td><td>ร้อยละ 50</td><td>ร้อยละ 75</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="5">เป้าหมายอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 92.93</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td colspan="2">ร้อยละ 92.93</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		เป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ฯ.....655,000.....คน					ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75			เป้าหมายอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 92.93					-	-	-	ร้อยละ 92.93	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																										
เป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ฯ.....655,000.....คน																													
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75																											
เป้าหมายอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 92.93																													
-	-	-	ร้อยละ 92.93																										
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย																												
เอกสารสนับสนุน :	เว็บไซต์สาสุข อุ๋นใจ URL : https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																										
			2566	2567	2568																								
	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม	คน	53,381	112,175	706,465																								
	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	ร้อยละ	80.95	94.71 (rapid survey)	90.05																								

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์อัศวรัตน์ เพียวพงภาควัต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4109 โทรสาร : - กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ ร.ต.มณฑล หวานวาจา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4701 โทรสาร : - กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ นางสาวกมลวรรณ สุขประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4704 โทรสาร : - กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 081 725 8732 E-mail : Akkhrawat@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 098 259 9255 E-mail : dawiswan@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081 609 8538 E-mail : kamonwan.sukp@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวกมลวรรณ สุขประเสริฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4704 โทรสาร : - กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081 609 8538 E-mail : kamonwan.sukp@gmail.com

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ										
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)										
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร										
ระดับการแสดงผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	5. ระดับความรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้น (ร้อยละต่อปี) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 [Proxy: ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกระดับพอเพียงขึ้นไป]										
คำนิยาม	โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) หมายถึง โรคไข้หวัดนกเป็นโรคที่ติดต่อกันจากสัตว์สู่คนการติดต่อเกิดจากได้รับเชื้อจากสัตว์ปีกที่ป่วย เช่น เป็ด ไก่ หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น โคนม โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุ คือ เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์เอ กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้เลี้ยงฟาร์มสัตว์ปีกรายย่อยที่ขึ้นทะเบียนกับกรมปศุสัตว์ สัตว์ปีก ได้แก่ 1. ผู้เลี้ยงไก่เนื้อที่มีจำนวนสัตว์ <3,000 ตัว 2. ผู้เลี้ยงไก่ไข่ที่มีจำนวนสัตว์ <3,000 ตัว 3. ผู้เลี้ยงไก่พื้นเมืองที่มีจำนวนสัตว์ <100 ตัว 4. ผู้เลี้ยงเป็ดเนื้อไล่ทุ่ง 5. ผู้เลี้ยงเป็ดไข่ไล่ทุ่ง ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดนก หมายถึง ทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ และทักษะในการป้องกันโรคไข้หวัดนก										
เกณฑ์เป้าหมาย :											
	<table><tr><th>ปีงบประมาณ 69</th><th>ปีงบประมาณ 70</th></tr><tr><td>เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 (วัดเป็นร้อยละ) (โรคไข้หวัดนก =30)</td><td>เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 (วัดเป็นร้อยละ) (โรคไข้หวัดนก =35)</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 (วัดเป็นร้อยละ) (โรคไข้หวัดนก =30)	เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 (วัดเป็นร้อยละ) (โรคไข้หวัดนก =35)						
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70										
เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 (วัดเป็นร้อยละ) (โรคไข้หวัดนก =30)	เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 (วัดเป็นร้อยละ) (โรคไข้หวัดนก =35)										
วัตถุประสงค์	เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย มีความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดนก สามารถเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดนก										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เลี้ยงฟาร์มสัตว์ปีกรายย่อยที่ขึ้นทะเบียนกับกรมปศุสัตว์										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลจากการสำรวจกลุ่มเป้าหมายตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด										
แหล่งข้อมูล	จากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดนก										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนน HL ระดับพอเพียงขึ้นไป										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่ทำการสำรวจ										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100										
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน										
เกณฑ์การประเมิน :											
	<table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>- มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (กรต.) - มีแผน และแนวทางสื่อสารความเสี่ยง (สสพ.)</td><td>- ทำเครื่องมือสำรวจความรู้สุขภาพ (กรต.) - จัดทำเนื้อหา สื่อต้นแบบในการสื่อสารความเสี่ยง (กรต.)</td><td>เผยแพร่สื่อ และสนับสนุนสื่อให้แก่เครือข่าย (สสพ.)</td><td>- ประเมินความรู้สุขภาพระดับเขต (สคร.)</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	- มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (กรต.) - มีแผน และแนวทางสื่อสารความเสี่ยง (สสพ.)	- ทำเครื่องมือสำรวจความรู้สุขภาพ (กรต.) - จัดทำเนื้อหา สื่อต้นแบบในการสื่อสารความเสี่ยง (กรต.)	เผยแพร่สื่อ และสนับสนุนสื่อให้แก่เครือข่าย (สสพ.)	- ประเมินความรู้สุขภาพระดับเขต (สคร.)		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
- มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (กรต.) - มีแผน และแนวทางสื่อสารความเสี่ยง (สสพ.)	- ทำเครื่องมือสำรวจความรู้สุขภาพ (กรต.) - จัดทำเนื้อหา สื่อต้นแบบในการสื่อสารความเสี่ยง (กรต.)	เผยแพร่สื่อ และสนับสนุนสื่อให้แก่เครือข่าย (สสพ.)	- ประเมินความรู้สุขภาพระดับเขต (สคร.)								

- มี key message ในการสื่อสารความเสี่ยง (กรต.+สสพ.)	- ผลิตสื่อเพื่อสนับสนุนการสร้างความรู้สุขภาพให้กับสคร. (สสพ.) - นิเทศ ติดตามการดำเนินงานตามแผนสื่อสารความเสี่ยง (สสพ.) รอบ 6 เดือน		- รวบรวมและสรุปผลความรู้สุขภาพ (สสพ.)	
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่มีความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดนก ระดับพอเพียงขึ้นไป				
รอบ 3 เดือน -	รอบ 6 เดือน -	รอบ 9 เดือน -	รอบ 12 เดือน 30	
ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก : ทักษะที่จำเป็นของกลุ่มเสี่ยงในการเลือกแหล่งข้อมูลเชื่อถือได้ และตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้หวัดนก คือ ที่ผ่านเกณฑ์ในระดับพอเพียงขึ้นไป				
เกณฑ์ระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้				
ระดับดีเยี่ยม	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	90.00 – 100.00		
ระดับพอเพียง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	75.00 – 89.99		
ระดับมีปัญหา	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	60.00 – 74.99		
ระดับไม่พอเพียง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	00.00 – 59.99		
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย แปลผลคะแนนระดับความรู้จากแบบสอบถามโดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมิน โดยนับการผ่านเกณฑ์ที่ระดับพอเพียงขึ้นไป			
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินความรู้สุขภาพการป้องกันโรคไข้หวัดนก			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2568	2569
	ร้อยละของ ที่มีความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดนก ระดับพอเพียงขึ้นไป เพิ่มขึ้น 5 (วัดเป็นร้อยละ)	ร้อยละ	-	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค 2. นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค 3. นางนพรัตน์ มงคลกลางกูร หัวหน้ากลุ่มโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ โทรศัพท์ 02 591 3183 กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค 4. นางวิรงรอง แก้วสมบูรณ์ หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน โทรศัพท์ 02 590 3167 กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค			

	5. นางสาวชนัดดา ตั้งวงศ์จุลนิยม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 02 590 3185 กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายเกรียงกมล เหมือนนกรุด ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โทรศัพท์ 0 2590 3856 สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค 2. นางสาวกุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 0 2590 3898 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค 3. นางสาวอภิญญา เอี่ยมสุวรรณ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ 0 2590 3278 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค

เอกสารแนบ

4.2 ระดับความรอบรู้สุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเรื่องโรคไข้หวัดนก

มาตรการดำเนินงานหลัก พร้อมแนวทางการตรวจกำกับ ติดตาม ตลอดจนถึงผลลัพธ์ที่ได้

ไตรมาส	มาตรการดำเนินงานหลัก	แนวทางการตรวจกำกับติดตาม	ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้
1.	- ขับเคลื่อนนโยบายและกลไกการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง - พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ด้านความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคไข้หวัดนก	ประชุมติดตามโดยการประชุม/แบบรายงานรอบ 3 เดือน	- ฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย - แผน และแนวทางสื่อสารความเสี่ยง - key message ในการสื่อสารความเสี่ยง
2.	พัฒนาสื่อ และช่องทางเพื่อการสื่อสารความเสี่ยง	ประชุมติดตามโดยการประชุม/แบบรายงานรอบ 6 เดือน	- เครื่องมือสำรวจความรอบรู้สุขภาพ - สื่อต้นแบบในการสื่อสารความเสี่ยง - สื่อประชาสัมพันธ์การป้องกันโรคไข้หวัดนก
3.	ส่งเสริมการสื่อสารความเสี่ยงด้านการป้องกันโรคไข้หวัดนก	ประชุมติดตามโดยการประชุม/แบบรายงานรอบ 9 เดือน	ผลความพึงพอใจในการสนับสนุนสื่อให้เครือข่าย
4.	ส่งเสริมการสื่อสารความเสี่ยงด้านการป้องกันโรคไข้หวัดนก	ประชุมติดตามโดยการประชุม/แบบรายงานรอบ 12 เดือน	สรุปผลความรอบรู้สุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ				
แผนงานที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	3. โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	6. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง 6.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 6.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
คำนิยาม	6.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 6.1.1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ โดยวิธีการคัดกรอง มี 2 วิธี ดังนี้ (1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl (2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl หมายเหตุ : - ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน - กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (2) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 mg/dl ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป 6.1.2 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วันก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 หมายเหตุ : กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน				
เกณฑ์เป้าหมาย : <table border="1" data-bbox="555 1720 1050 1818"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 69</th><th>ปีงบประมาณ 70</th></tr> <tr> <td>$\geq$ร้อยละ 70</td><td>$\geq$ร้อยละ 70</td></tr> </table>		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70				
$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 70				
วัตถุประสงค์	เพื่อให้กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการคัดกรอง ได้รับการตรวจติดตามเพื่อยืนยัน นำไปสู่การวินิจฉัย และได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (Typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Typearea				

	3) และ PERSON.DISCHARGE=“9”(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย) โดยกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จะต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานมาก่อนจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC = รหัส ICD - 10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 - E14								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud								
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรใน B ได้รับการตรวจยืนยันวินิจัยโดยการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายเหตุ : ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน <u>สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2569</u>								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน								
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>-</td><td>≥ ร้อยละ 50</td><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>≥ ร้อยละ 70</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70						
วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ A: จำนวนประชากรใน B ได้รับการตรวจยืนยันวินิจัยโดยการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 <u>ประมวลผลจากแฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา)</u> B: จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานในปีงบประมาณ ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน <u>ประมวลผลจากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 126 mg/dl</u> หมายเหตุ : ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน <u>สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2569</u>								

เอกสารสนับสนุน :	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2565	2566	2567	2568
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	70.35 (ปรับการประมวลผลและนิยามตัวชี้วัด)	69.53	69.51	69.68
	ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
	- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 ตัดข้อมูล View freeze ณ วันที่ 16 กันยายน - ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตัดข้อมูล ประมวลผล ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2568 (ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรอง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 มิถุนายน 2568)					
ผลการดำเนินงานรายจังหวัดปี 2568 (https://shorturl-ddc.moph.go.th/LO1q2)						
						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3893 E-mail: ncdrm3987@gmail.com 2. นายแพทย์ชูฤทธิ์ เตังไตรสรณ์ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3893 E-mail: ncdrm3987@gmail.com 3. นางนิตยา พันธุ์เวทย์ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3887 E-mail: ncdstrategy.th@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางนันทน์ภัส ภูมิถาวร โทรศัพท์: 0 2590 3887		หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ E-mail: ncdplan@gmail.com			
	2. นางหทัยชนก เกตุจนา โทรศัพท์: 0 2590 3867		หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ E-mail: ncdrm3987@gmail.com			
	3. นางสาวสุภาพร หน่อคำ โทรศัพท์: 0 2590 3867		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ E-mail: ncdrm3987@gmail.com			
	4. ว่าที่ร.ต.อรรถกร บุตรชุมแสง โทรศัพท์: 0 2590 3887		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ E-mail: ncdplan@gmail.com			
	5. นางสาวสุพิน รุ่งเรือง โทรศัพท์: 0 2590 3887		นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองโรคไม่ติดต่อ E-mail: ncdplan@gmail.com			
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค						

คำนิยาม	6.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6.2.1 กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้การวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ โดยได้รับการวัดความดันโลหิตและมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg 6.2.2 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย หมายถึง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจยืนยันวินิจัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ <u>หรือ</u> ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจัยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย $\geq$ ร้อยละ 87 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) $\geq$ ร้อยละ 60 จากกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ				
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" data-bbox="555 1167 1050 1265"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 69</th><th>ปีงบประมาณ 70</th></tr> <tr> <td>$\geq$ ร้อยละ 80</td><td>$\geq$ ร้อยละ 80</td></tr> </table>	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	$\geq$ ร้อยละ 80	$\geq$ ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70				
$\geq$ ร้อยละ 80	$\geq$ ร้อยละ 80				
วัตถุประสงค์	เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าความดันโลหิตสูงจากการคัดกรอง ได้รับการตรวจติดตามเพื่อยืนยัน นำไปสู่การวินิจัย และได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (Typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Typearea 3) และ PERSON.DISCARGE="9" (ไม่จำหน่าย)PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย) โดยกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จะต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูงมาก่อนจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC = รหัส ICD - 10 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย I10 - I15				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud - บันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละจังหวัด โดยจะต้องดำเนินการ ดังนี้ 2.1 ขอเพิ่มสิทธิ์การใช้งาน โดยจะต้องลงชื่อเข้าใช้งาน > ข้อมูลส่วนตัว > สิทธิ์การใช้งาน เลือกคำว่า “บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) > ขอเพิ่มสิทธิ์				

	> ดาวนโหลดแบบฟอร์ม กรอกข้อมูลตามที่กำหนด และอัปโหลดแบบฟอร์ม > รอผู้ดูแลระบบอนุมัติสิทธิ์การใช้งาน 2.2 หลังจากที่คุณและผู้ดูแลระบบอนุมัติสิทธิ์การใช้งานเรียบร้อยแล้ว ให้เข้าสู่ระบบการใช้งาน > เลือกเมนู นำเข้า/ส่งออกข้อมูล > บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน											
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรใน B ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ <u>หรือ</u> ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ: กรณีได้วัดความดันโลหิตซ้ำทั้ง 2 วิธี คือ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) และได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) การประมวลผลจะใช้ผลการวัดความดันโลหิตซ้ำจาก HBPM เป็นหลัก											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่ม สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ: ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง <u>สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2569</u>											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100											
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน											
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>-</td><td>≥ ร้อยละ 60</td><td>≥ ร้อยละ 70</td><td>≥ ร้อยละ 80</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80									
วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข <u>หมายเหตุ</u> วิธีการประมวลผล A: จำนวนประชากรใน B ที่ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละจังหวัด โดยเข้าสู่ระบบการใช้งาน > เลือกเมนู นำเข้า/ส่งออกข้อมูล > บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน <u>หรือ</u> ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ <u>ประมวลผลจากแฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567</u> หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง <u>โดยการคิดผลงานในกรณีที่ม่ผลการติดตามทั้ง 2 วิธี</u>											

	(HBPM และ OBPM) จะประมวลผลโดยการตัดวิธีที่ซ้ำออก การประมวลผลใช้ค่าการวัดความดันโลหิตซ้ำจาก HBPM เป็นหลัก B: ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง <u>ประมวลผลจากแฟ้ม NCDSCREEN</u> ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg (NCDSCREEN.DATESERV) โดยคิดจากค่าความดันโลหิตที่เข้าได้กับกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ: ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง <u>สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2569</u> <u>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน)</u> - หากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 มกราคม 2569 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 <u>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิม)</u> - หากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวันที่ 1 มิถุนายน 2569 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่สถานบริการสาธารณสุขเดิมภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข จะต้องไม่เกินวันที่ 30 สิงหาคม 2569 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569																						
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2565</th><th>2566</th><th>2567</th><th>2568</th></tr><tr><td>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td><td>ร้อยละ</td><td>91.66</td><td>89.68</td><td>81.24 (ปรับการประมวลผล)</td><td>78.44</td></tr></table> ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข - ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 ตัดข้อมูล View freeze ณ วันที่ 16 กันยายน - ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตัดข้อมูล ประมวลผล ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2568 (ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรอง และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 มิถุนายน 2568)							Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				2565	2566	2567	2568	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	91.66	89.68	81.24 (ปรับการประมวลผล)	78.44
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																					
		2565	2566	2567	2568																		
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	91.66	89.68	81.24 (ปรับการประมวลผล)	78.44																		

	ผลการดำเนินงานรายจังหวัดปี 2568 (https://shorturl-ddc.moph.go.th/LO1q2) 
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3893 E-mail: ncdrm3987@gmail.com 2. นายแพทย์ชูฤทธิ์ เตังไตรสรณ์ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3893 E-mail: ncdrm3987@gmail.com 3. นางนิตยา พันธุเวทย์ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3887 E-mail: ncdstrategy.th@gmail.com กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางนันทน์ภัส ภูมิถาวร หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3887 E-mail: ncdplan@gmail.com 2. นางหทัยชนก เกตุจนา หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3867 E-mail: ncdrm3987@gmail.com 3. นางสาวขวัญชนก อีสระ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3867 E-mail: ncdrm3987@gmail.com 4. ว่าที่ร.ต.อรรถกร บุตรชุมแสง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3887 E-mail: ncdplan@gmail.com 5. นางสาวสุพิน รุ่งเรือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: 0 2590 3887 E-mail: ncdplan@gmail.com กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ																	
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ																	
โครงการที่	3. โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ																	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																	
ชื่อตัวชี้วัด	7. อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)																	
คำนิยาม	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง ช่วงวัย 1 - 18 ปี หมายถึง จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 1 - 18 ปี ลดลงร้อยละ 3 โดยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568) โดยใช้ข้อมูล “ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด																	
เกณฑ์เป้าหมาย :																		
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 3</td><td>ร้อยละ 3</td></tr></table>							ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3								
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70																	
ร้อยละ 3	ร้อยละ 3																	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเด็กและเยาวชนไทย ช่วงวัยอายุ 1 - 18 ปี																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการเสียชีวิตและบาดเจ็บ โดยใช้ฐานข้อมูลการเคลมประกันภัยของบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด (THAIRSC) ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 1 - 18 ปี โดยการเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568) เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2569 ใช้ข้อมูลในช่วงเดือน ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569 (12 เดือน)																	
แหล่งข้อมูล	“ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด																	
รายการข้อมูล 1	A = (จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บปี 2569) – (จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บค่าเฉลี่ย 3 ปี 2566 - 2568)																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บค่าเฉลี่ย ปี 2566 - 2568																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100																	
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569 (12 เดือน)																	
เกณฑ์การประเมิน : เกณฑ์การประเมินโดยใช้คำนวณการลดลงร้อยละ 3 ต่อปี																		
<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>ร้อยละ 3</td><td>ร้อยละ 3</td><td>ร้อยละ 3</td><td>ร้อยละ 3</td></tr><tr><td>ต.ค. 68 - ธ.ค. 68</td><td>ต.ค. 68 - มี.ค. 69</td><td>ต.ค. 68 - มิ.ย. 69</td><td>ต.ค. 68 - ก.ย. 69</td></tr></table>							รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ต.ค. 68 - ธ.ค. 68	ต.ค. 68 - มี.ค. 69	ต.ค. 68 - มิ.ย. 69	ต.ค. 68 - ก.ย. 69
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน															
ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3															
ต.ค. 68 - ธ.ค. 68	ต.ค. 68 - มี.ค. 69	ต.ค. 68 - มิ.ย. 69	ต.ค. 68 - ก.ย. 69															
วิธีการประเมินผล :	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)																	
	<table><tr><td>ร้อยละการลดลง</td><td>≥ 1 %</td><td>≥ 1.5%</td><td>≥ 2%</td><td>≥ 2.5%</td><td>≥ 3%</td></tr><tr><td>คะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	ร้อยละการลดลง	≥ 1 %	≥ 1.5%	≥ 2%	≥ 2.5%	≥ 3%	คะแนน	1	2	3	4	5					
ร้อยละการลดลง	≥ 1 %	≥ 1.5%	≥ 2%	≥ 2.5%	≥ 3%													
คะแนน	1	2	3	4	5													

เอกสารสนับสนุน :	แนวทางกิจกรรมที่ดำเนินการ ■ <u>สคร.1 - 12/สปคม./จังหวัด สสจ./สสอ./รพ.</u> มาตรการหลัก/กระบวนการที่สำคัญ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ โดยใช้กลยุทธ์ PIRAB เน้นการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วนให้คนในสังคมร่วมกันพัฒนาฐานรากของชุมชนให้ประชาชนมีอายุยืนยาวและสุขภาพดี ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้ 1) Partner และ Invest โดยการจัดทำข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังปัญหาและปัจจัยเสี่ยง และการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาแผนงาน และกระตุ้นให้เกิดการเกิดลงทุนโดยเฉพาะด้านงบประมาณ ในการจัดการกับความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน 2) Advocate การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและสนับสนุนให้ผู้บริหาร ทั้งในระดับอำเภอ ท้องถิ่น และสถานศึกษา ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนและสร้างการทำงานร่วมกัน 3) Build Capacity พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนให้สามารถจัดการความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ทั้งการส่งเสริมการเรียนรู้ และการจัดการปัญหา 4) Regulate and Legislate ดำเนินการมาตรการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ ■ <u>ส่วนกลาง คร.</u> 1. จัดประชุมถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย จังหวัดทั่วประเทศ (Online) 2. จัดทำแนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน 3. กำกับติดตาม และประเมินผลตัวชี้วัด PP&P Excellent อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) ลดลง 4. พัฒนาและจัดทำคู่มือส่งเสริมความปลอดภัยในสถานศึกษา																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2566</th><th>2567</th><th>2568</th><th>2569</th></tr><tr><td>ต.ค. 68 - ก.ย. 69 (12 เดือนงบประมาณ)</td><td>คน</td><td>131,505</td><td>137,007</td><td>129,587</td><td>ไม่เกิน 128,720</td></tr></table> ผลการดำเนินงานรายจังหวัดปี 2568 (https://shorturl-ddc.moph.go.th/LO1q2) 						Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				2566	2567	2568	2569	ต.ค. 68 - ก.ย. 69 (12 เดือนงบประมาณ)	คน	131,505	137,007	129,587	ไม่เกิน 128,720
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		2566	2567	2568	2569																	
ต.ค. 68 - ก.ย. 69 (12 เดือนงบประมาณ)	คน	131,505	137,007	129,587	ไม่เกิน 128,720																	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ดร.ปัญญา จันทร์พานิชย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3954 โทรศัพท์มือถือ : 063 9922215 โทรสาร : - E-mail : punjanpanich@gmail.com กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค																					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	แพทย์หญิงศิริรัตน์ สุวรรณฤทธิ์ ผู้อำนวยการกองป้องกันการบาดเจ็บ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 3954 โทรศัพท์มือถือ : 081 4939342 โทรสาร : E-mail : Drbthailand@hotmail.com กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค																					

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ		
แผนที่	2. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		
โครงการที่	3. โครงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัด	8. ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัด เป็นไปตามเป้าหมายการกำจัดโรคหัดตามพันธสัญญานานาชาติ		
คำนิยาม	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR) หมายถึง ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR) MMR เข็ม 2 หมายถึง การให้วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน ครั้งที่ 2 (MMR2) กลุ่มเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือนตามกำหนดการให้วัคซีน ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2567		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
	ความครอบคลุมวัคซีน MMR2 รายจังหวัด ณ วันที่ 30 กันยายน 2569 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95	ความครอบคลุมวัคซีน MMR2 รายจังหวัด ณ วันที่ 30 กันยายน 2570 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเร่งรัดความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน ในกลุ่มเป้าหมาย 2. เพื่อเร่งสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ ป้องกันการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคหัดและหัดเยอรมัน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่อายุถึงเกณฑ์ได้รับวัคซีน MMR เข็มที่ 2 (อายุ 1 ปี 6 เดือน - 3 ปี)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กรมควบคุมโรค โดยกองโรคติดต่อทั่วไป ติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กกลุ่มเป้าหมาย ผ่านระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	จากระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = ประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR) จากฐานข้อมูล 43 แห่ง (Health Data Center)		
รายการข้อมูล 2	B = ประชากรเป้าหมายที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด จากฐานข้อมูล 43 แห่ง (Health Data Center)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100		
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ความครอบคลุมวัคซีน MMR 2 รายจังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	-	ความครอบคลุมวัคซีน MMR 2 รายจังหวัด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95

วิธีการประเมินผล :	กรมควบคุมโรค โดยกองโรคติดต่อทั่วไป ติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กกลุ่มเป้าหมาย ผ่านระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นประจำทุกไตรมาส และคืนข้อมูลให้กับจังหวัดเพื่อใช้ในการกำกับติดตามและวางแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่					
เอกสารสนับสนุน :	https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=4df360514655f79f13901ef1181ca1c7					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2565	2566	2567	2568
	ความครอบคลุม MMR2 ของประเทศ	ร้อยละ	82.7	85.4	86.2	90.0
ผลการดำเนินงานรายจังหวัดปี 2568 (https://shorturl-ddc.moph.go.th/LO1q2) 						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3160 กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค 2. แพทย์หญิงปิยดา อังศุขรากร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3196-7 กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค 3. นางมณัญญา ประเสริฐสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3196-7 E-mail : mananya_t@hotmail.com กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค 4. นางสาวเกษสุตา ศรีจักร์ โทรศัพท์ : 0 2590 3196-7 กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป E-mail : yongjua@gmail.com หัวหน้ากลุ่มงานโรคป้องกันด้วยวัคซีน E-mail : piyada.angs@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 0819238468 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail : Ketsuda.network@gmail.com					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางมณัญญา ประเสริฐสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3196-7 E-mail : mananya_t@hotmail.com กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค 2. นางสาวเกษสุตา ศรีจักร์ โทรศัพท์ : 0 2590 3196-7 กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 0819238468 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail : Ketsuda.network@gmail.com					

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ	
แผนที่	3. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
โครงการที่	4. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ	
ชื่อตัวชี้วัด	9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย) 9.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) 9.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย)	
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้	
	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน 80% ขึ้นไป)	
	หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูก สุลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตาม กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
	หมวด R: Restroom การพัฒนาส่วนตาม มาตรฐานส่วนสาธารณะ ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส่วนตามมาตรฐานส่วนสาธารณะไทย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
		6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวง สุลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง
	หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
	หมวด E: Environment การ	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดย เพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย

	จัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
		9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
	หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุปโภคบริโภค และการ ดำเนินงานอาหาร ปลอดภัยในโรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
		11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล
		12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
		13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป)	
	หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการ พัฒนาด้าน GREEN	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
	ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกอย่างน้อยจำนวน 1 ด้าน	
	1. การจัดการของเสียทางการแพทย์ 2. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ	

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 97 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 40

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) และ ยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังศูนย์อนามัย 3. ศูนย์อนามัยสุ่มประเมินโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลรวมถึงอนุมัติผลการประเมินยืนยันผลผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital มายังสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมอนามัย 4. ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ประเมินระดับท้าทาย 2 ด้าน คือ ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ และด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 5. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมประเมินระดับท้าทาย 1 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และอนุมัติผลการประเมินระดับท้าทาย 6. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมิน เพื่อรายงานผลเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน และดึงข้อมูลรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย		
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) = $(A/C) \times 100$ 2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย) = $(B/C) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	- รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง (ทุกวันที่ 25 ของเดือน) - รายงานผลการดำเนินงานตาม Small Success รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2568, มีนาคม 2569, มิถุนายน 2569 และ กันยายน 2569)		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ทุกเขตสุขภาพมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 และระดับท้าทาย ร้อยละ 20	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 92 และระดับท้าทาย ร้อยละ 25	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 และระดับท้าทาย ร้อยละ 30

วิธีการประเมินผล :	1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge 2. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 3. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health) 4. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล 5. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 6. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน 7. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	ระดับมาตรฐาน	ร้อยละ	21.77	35.94	24.77
	ระดับดีเยี่ยม	ร้อยละ	13.44	25.73	29.10
	ระดับท้าทาย (จำนวน 3 ด้าน)	ร้อยละ	-	-	7.84
	ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป	ร้อยละ	45.21	86.35	93.91
หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2568					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางณิรณัฐ อาภาจรส		ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4351		โทรศัพท์มือถือ : -		
	โทรสาร : 0 2590 4200		E-mail : neeranuch.a@anamai.mail.go.th		
	2. นางสาวปริญญ์ ใหม่เจริญศรี		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4261		โทรศัพท์มือถือ : -		
	โทรสาร : 0 2590 4200		E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th		
	3. นายปรโมทย์ เสพสุข		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4391		โทรศัพท์มือถือ : -		
	โทรสาร : 0 2590 4946		E-mail : pramote.s@anamai.mail.go.th		
	4. นางสาวฐาปนี ชูเชิด		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4255		โทรศัพท์มือถือ : -		
	โทรสาร : 0 2590 4946		E-mail : thapanee.choocherd@gmail.com		
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย					

ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางสาวปริญญ์ ใหม่เจริญศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4261 โทรสาร : 0 2590 4200 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th 2. นายปราโมทย์ เสพสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4391 โทรสาร : 0 2590 4946 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pramote.s@anamai.mail.go.th 3. นางสาวธำปณี ชูเชิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4255 โทรสาร : 0 2590 4946 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : thapanee.choocherd@gmail.com สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	-

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ
แผนงานที่	4. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	5. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	10. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
คำนิยาม	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้ (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉินดยาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติกรฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต (4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก (5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ (6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

	ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย 1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการตาม คู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568 - 2570 ใน 8 ส่วนประกอบด้วย - ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ - ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ - ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม - ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ - ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ - ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข - ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) - ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) 2. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม 3. มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน 4. มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนหน่วยบริการ

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
4,500 หน่วย	5,100 หน่วย

วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลตนเองและครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- จัดเก็บข้อมูลการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)
แหล่งข้อมูล	- ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)
รายการข้อมูล	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนฯ และผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน สะสม)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	3,500 หน่วย	4,000 หน่วย	4,500 หน่วย

วิธีการประเมินผล :	- ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)				
เอกสารสนับสนุน :	- ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วย	3,702	2,877	4,285 (ข้อมูลผลการประเมินเดือนกันยายน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.อภิสิทธิ์ บุญประดับ ผู้อำนวยการกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0-2590-1938 E-mail : plan.primarycare@gmail.com กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นพ.ปรีดา ตั้งจิตเมธี รองผู้อำนวยการกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2590-1939 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0-2590-1938 E-mail : plan.primarycare@gmail.com กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ				

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ																
แผนงานที่	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง																
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																
ชื่อตัวชี้วัด	11. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64)																
คำนิยาม	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64) 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64)																
เกณฑ์เป้าหมาย :																	
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7									
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70																
น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7																
วัตถุประสงค์	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13																
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64) จากทุกหอผู้ป่วย																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I64)																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100																
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน																
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>-</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
-	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7														
วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13 (รายงาน ตก.2)																
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2566</th><th>2567</th><th>2568</th></tr><tr><td>7.44</td><td>ร้อยละ</td><td>7.53</td><td>7.45</td><td>7.35</td></tr></table> หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 - 13				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2566	2567	2568	7.44	ร้อยละ	7.53	7.45	7.35
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2566	2567	2568													
7.44	ร้อยละ	7.53	7.45	7.35													

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9899 ต่อ 1138 โทรสาร : 0 2354 7072 2. นายปิยพนธ์ อุปคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9899 ต่อ 1138 โทรสาร : 0 2354 7072 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 0622466195 E-mail: neeneetanti@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 0935592625 E-mail: Piyaphon.aup@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นายปิยพนธ์ อุปคำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2306 9899 ต่อ 1138 โทรสาร : 0 2354 7072 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 0935592625 E-mail: Piyaphon.aup@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ
แผนที่	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขตสุขภาพ/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	12. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	1. ความสำเร็จของการรักษา (Success) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจเสมหะเป็นลบในเดือนสุดท้าย และก่อนหน้านี้อีกอย่างน้อย 1 ครั้ง 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย 2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบรายงานข้อมูลวัณโรค (NTIP) มาก่อน โดยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคเป็นผู้ป่วยใหม่ (new) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก โดยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรค หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค 3. กลุ่มเป้าหมาย การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 4. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย 4.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมวัณโรคของประเทศ 4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต 5. เงื่อนไขการคำนวณ 5.1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568) ไม่นับรวม ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย 5.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin-resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB), Pre-extensively drug-resistant Tuberculosis (Pre-XDR-TB) หรือ Extensively drug-resistant Tuberculosis

	(XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 5.3 ผู้ป่วยวัณโรคโอนออก (transfer out) ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น โดยที่สถานพยาบาลที่โอนไปรับโดยขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรับโอน (transfer in; TI) ผู้ป่วยดังกล่าวจะไม่ถูกนำมาประเมินผลการรักษาของสถานพยาบาลที่โอนออก 5.4 ผู้ป่วยรับโอน (transfer in; TI) จะถูกนำมาประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคของสถานพยาบาลที่รับโอน (สถานพยาบาลสุดท้ายที่ทำการรักษา) ตามประเภทของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาจากสถานพยาบาลที่โอนออก 5.5 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 - 12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 - 13				
เกณฑ์เป้าหมาย : <table border="1"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 69</th><th>ปีงบประมาณ 70</th></tr> <tr> <td>88</td><td>88</td></tr> </table>		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	88	88
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70				
88	88				
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหาย รักษาครบ - เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 11	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	- ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2569) - ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานทุกไตรมาส				

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กำกับติดตามการดำเนินงานผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP) พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ	กำกับติดตามการดำเนินงานผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP) พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ	กำกับติดตามการดำเนินงานผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP) พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88

วิธีการประเมินผล :

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) แยกเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด

1. ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค)

ประเมินในภาพรวมของประเทศ

2. ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

ประเมินในระดับพื้นที่เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

3. ระดับจังหวัด

ประเมินในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564
2. โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2565	2566	2567
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	80.8	82.2	80.5
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ	69.4	81.7	77.2

*ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม

ผลการดำเนินงานรายจังหวัดปี 2568 (<https://shorturl-ddc.moph.go.th/LO1q2>)



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ไกรสร โตทับเที่ยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : ksornt@gmail.com 2. นางสาววิลาวรรณ สมทรง หัวหน้ากลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์ แผนงาน และพัฒนางาน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : swillwan@gmail.com 3. นางสาวภิญรัชต์ สุทธิ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 086 617 4998 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : tongsw20@gmail.com กรมควบคุมโรค กองวินโรค
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	-
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง หัวหน้ากลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์ แผนงาน และพัฒนางาน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : swillwan@gmail.com 2. นางสาววาสนา ผุยหัวโตน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 087 506 7625 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : Wasana.muen@gmail.com 3. นางสาวภิญรัชต์ สุทธิ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 086 617 4998 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : tongsw20@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง หัวหน้ากลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์ แผนงาน และพัฒนางาน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 061 565 7415 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : swillwan@gmail.com 2. นางสาววาสนา ผุยหัวโตน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 087 506 7625 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : Wasana.muen@gmail.com 3. นางสาวภิญรัชต์ สุทธิ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2212 2279 โทรศัพท์มือถือ : 086 617 4998 โทรสาร : 0 2212 1408 E-mail : tongsw20@gmail.com

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ																	
แผนงานที่	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																	
โครงการที่	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด																	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																	
ชื่อตัวชี้วัด	13. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน																	
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)																	
เกณฑ์เป้าหมาย :																		
		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70															
		< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ															
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์																	
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$																	
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																	
เกณฑ์การประเมิน :																		
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
		-	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ													
วิธีการประเมินผล :	1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกเขตสุขภาพ 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล																	
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข 3. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักงานทิศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="3">Baseline data</td><td>หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td></td><td>2566</td><td>2567</td><td>2568</td></tr><tr><td>1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ</td><td>4.65</td><td>4.47</td><td>4.95</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				2566	2567	2568	1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	4.65	4.47	4.95
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2566	2567	2568														
	1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	4.65	4.47	4.95														

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงจิรวรรณ อารยะพงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 075 801 020 โทรสาร: 075 343 066 โรงพยาบาลหาราชนครศรีธรรมราช 2. นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 1415 ต่อ 62101 E-mail: qsnich_director@hotmail.com 3. นายแพทย์วรการ พรหมพันธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 1415 ต่อ 4918 E-mail: pworakan@gmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาราชนครศรีธรรมราช และประธานคณะกรรมการ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด โทรศัพท์มือถือ: 081 271 1072 E-mail: jirawanarya@gmail.com ประธานร่วมคณะกรรมการ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด และผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทรสาร: 0 2354 8439 รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ: 06 1899 3519
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์วรการ พรหมพันธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 1415 ต่อ 4918 E-mail: pworakan@gmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โทรศัพท์มือถือ: 06 1899 3519 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ
แผนที่	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	14. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการสถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 03 สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม 04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล 13 ศูนย์บริการสาธารณสุข 18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา เช่น ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก

	- การทำหัตถการอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน รหัสกลุ่มโรคและการด้านการแพทย์แผนไทย 1. โรคสตรี: U50 ถึง U52 2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55 3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60 4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72 5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75 รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1I00 ถึง 1I081) 1I00 ผู้ป่วยได้รับการนวดเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I01 การบริการนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I02 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I03 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I04 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I05 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 1I050 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 1I051 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน 1I052 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน 1I053 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน 1I058 การบริการหึงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน 1I06 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการทาบหม้อเกลือที่บ้าน 1I060 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน 1I07 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 1I070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน 1I071 การให้คำแนะนำ หึงหลังคลอด และการบริหารร่างกายด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 1I08 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน 1I080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน 1I081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (1I100 ถึง 1I183) 1I100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure) 1I101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น 1I102 การให้บริการสมาธิบำบัด 1I103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage) 1I104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist) 1I105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology) 1I110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy) 1I111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Carb Diet) 1I112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)
--	---

	1I113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น 1I180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy) 1I181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น 1I182 การให้บริการกัวซา (Guasa) 1I183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกาย ด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสภาวะที่ดี 3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน 1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78 2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79				
เกณฑ์เป้าหมาย : <table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 50</td><td>ร้อยละ 55</td></tr> </table>		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70				
ร้อยละ 50	ร้อยละ 55				
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับปฐมภูมิ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือ ส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือให้หัตถการแผนไทย (100-77-00 ถึง 999-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (100-79-00 ถึง 999-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1I00 ถึง 1I081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (1I100 ถึง 1I183) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ หากมีการลงหัตถการ หรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				

ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	1. หน่วยบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีนโยบาย/แผนการไ้ยา สมุนไพร อย่างน้อย 10 รายการ ในการดูแล สุขภาพประชาชน และ มีรายการยาสมุนไพร ทดแทนอย่างน้อย 3 รายการ 2. มีการจัดบริการอย่าง น้อย 5 โรค/กลุ่มอาการที่ เป็นปัญหาสาธารณสุขใน พื้นที่ เช่น NCDs LTC PC การดูแลมารดาหลังคลอด ผู้สูงอายุ และอาการ เจ็บป่วย (Common Diseases) เบื้องต้น 3. มีแผนการจัดอบรม พัฒนาศักยภาพบุคลากร อย่างน้อย 1 หลักสูตร	1. หน่วยบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีการไ้ยาสมุนไพร อย่างน้อย 10 รายการ ในการดูแลสุขภาพ ประชาชน 2. จัดอบรมพัฒนา ศักยภาพบุคลากรอย่าง น้อย 1 หลักสูตร 3. ประชาชนมารับบริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วย การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 46	1. หน่วยบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีรายการยาสมุนไพร ทดแทนยาแผนปัจจุบัน อย่างน้อย 3 รายการ ใน การดูแลสุขภาพประชาชน 2. ประชาชนมารับบริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วย การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 48	1. ประชาชนมารับ บริการในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ได้รับการ รักษาด้วยการแพทย์ แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 50		
วิธีการประเมินผล :		1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจาก HDC TTM กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก				
เอกสารสนับสนุน :		1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. คู่มือการเลือกไ้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพ 4. แนวทางปฏิบัติเวชกรรมไทยในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก 5. หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 6. ข้อมูลยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติที่สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน (ฉบับแก้ไข กรกฎาคม 2567)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2566	2567	2568
		บริการระดับปฐมภูมิ	ร้อยละ	37.66	43.46	46.84
ที่มา HDC ณ วันที่ 15 กันยายน 2568						

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวรัชณี จันทร์เกษ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7007 ต่อ 3408 โทรศัพท์มือถือ : 081-629-4086 โทรสาร : - E-mail : chantraket@gmail.com สถาบันการแพทย์แผนไทย 2. นางสาวสุริยาพร ตั้งศรีสกุล รักษาการแทนผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2149-5697 โทรศัพท์มือถือ : 091-003-3757 โทรสาร : 0-2149-5697 E-mail : tungsriskul@gmail.com กองวิชาการและแผนงาน 3. นางสาวลัดดาวัลย์ จาดพันธุ์อินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2965-9490 โทรศัพท์มือถือ : 085-143-3987 โทรสาร : 0-2965-9490 E-mail : joy_luddawanj@hotmail.com กองวิชาการและแผนงาน
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวจิรนนท์ บรรทัด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7007 ต่อ 3402 โทรศัพท์มือถือ : 093-319-4526 โทรสาร : 0-2149-5617 E-mail : jeeranan.ban1992@gmail.com สถาบันการแพทย์แผนไทย 2. นางสาวเพชรดา เพชรคง แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2591-7007 ต่อ 3506 โทรศัพท์มือถือ : 082-405-1555 โทรสาร : - E-mail : mande123.dtam@gmail.com กองวิชาการและแผนงาน 3. นายพิสิษฐ์พล นางาม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : 087-545-4945 โทรสาร : - E-mail : pisitpol.n@gmail.com กองวิชาการและแผนงาน

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ															
แผนที่	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)															
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก															
ระดับการแสดงผล	จังหวัด															
ชื่อตัวชี้วัด	15. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC															
คำนิยาม	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง จำนวนเงินรวม (บาท) จากการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับ ที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (โดยตรวจสอบจากรหัสที่มาของยาที่เป็นเลข 1 (หลักที่ 25)) ยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ หมายถึง รายการยาที่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก ขึ้นต้นด้วยเลข 41 หรือ 42 ตามลำดับ หลักที่ 25 หมายถึง ที่มาของตำรับยาแผนไทย (1 หลัก) ได้แก่ - ยาแผนไทยที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ - ยาแผนไทยที่เป็นยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 27 ขนาน (เฉพาะส่วนที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ) - ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับในคัมภีร์-ตำราการแพทย์แผนไทย ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรับรอง และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทย - ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทยฯ - ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับของหน่วยงานภาคเอกชน และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทยฯ - ยาแผนไทยที่ปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตัวอย่างเช่น <table><tr><th>รหัสยาแผนไทย 24 หลัก</th><th>รหัสที่มาของยา</th><th>TTMTID</th></tr><tr><td>410000000010000034110662</td><td>1-</td><td>9000002</td></tr><tr><td>410000000060000094510662</td><td>1-</td><td>9000018</td></tr><tr><td>4100000000100000020110662</td><td>1-</td><td>9000025</td></tr><tr><td>4100000000100000020310662</td><td>1-</td><td>9000039</td></tr></table> สิทธิ UC หมายถึง ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาลตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รหัสยาแผนไทย 24 หลัก	รหัสที่มาของยา	TTMTID	410000000010000034110662	1-	9000002	410000000060000094510662	1-	9000018	4100000000100000020110662	1-	9000025	4100000000100000020310662	1-	9000039
รหัสยาแผนไทย 24 หลัก	รหัสที่มาของยา	TTMTID														
410000000010000034110662	1-	9000002														
410000000060000094510662	1-	9000018														
4100000000100000020110662	1-	9000025														
4100000000100000020310662	1-	9000039														
เกณฑ์เป้าหมาย :																
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>2,000 ล้านบาท</td><td>2,500 ล้านบาท</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	2,000 ล้านบาท	2,500 ล้านบาท											
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70															
2,000 ล้านบาท	2,500 ล้านบาท															
วัตถุประสงค์	- เพื่อส่งเสริมการใช้และเพิ่มการเข้าถึงยาสมุนไพรในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน - เพื่อสร้างการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นที่ยอมรับให้กับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ที่มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ															

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการส่งจ่ายยาสมุนไพรจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ของหน่วยบริการ 2. ส่งออกข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประมวลผลจำนวน (ครั้ง) และมูลค่า (ราคาขาย) การส่งจ่ายยาสมุนไพร
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System) ใช้ข้อมูลตามแฟ้มและไฟล์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1.1 ข้อมูลแฟ้ม PERSON : HOSPCODE , PID , CID 1.2 ข้อมูลแฟ้ม SERVICE : HOSPCODE , SEQ , DATE_SERV , INSTYPE 1.3 ข้อมูลแฟ้ม PROVIDER : PROVIDERTYPE 1.4 ข้อมูลแฟ้ม DRUG_OPD : HOSPCODE , PID , SEQ , DIDSTD , AMOUNT, DRUGPRICE 2. ข้อมูลจากบริการข้อมูลเปิดเผยภาครัฐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (OPEN Data by MOPH) รายงาน OPD-อันดับการใช้ยาสมุนไพร (s_ttm4) ผ่านเว็บไซต์ https://opendata.moph.go.th/
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน (ครั้ง) ของผู้รับบริการที่ได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (สิทธิ UC)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนมูลค่าการส่งจ่าย (บาท) ของการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยคำนวณจากจำนวนครั้ง (สิทธิ UC) x อัตราจ่ายบาทต่อคอร์สการรักษา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \times B$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ไตรมาส 2 (6 เดือน ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569) รอบที่ 2 ไตรมาส 4 (12 เดือน ณ วันที่ 30 กันยายน 2569)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีแผนการดำเนินงานเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ จัดทำข้อเสนอเพื่อร่างประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2569	1. มีประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2569 2. มีการจัดหรือเข้าร่วมประชุม/อบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้การใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ครั้ง 3. พัฒนาระบบ HIS ให้มีฟังก์ชันสนับสนุนการส่งจ่ายยาสมุนไพร เช่น Pop-up รายการยาสมุนไพรพร้อมปริมาณที่เหมาะสม (ขั้นต่ำ-สูงสุด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจังหวัด (39 จังหวัด)	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติในระบบบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า 1,500 ล้านบาท (เขตสุขภาพละ ไม่น้อยกว่า 125 ล้านบาท)	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติในระบบบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า 2,000 ล้านบาท (เขตสุขภาพละ ไม่น้อยกว่า 165 ล้านบาท)

วิธีการประเมินผล :	1. ใช้ข้อมูลประกอบจาก OPEN Data by MOPH รายงาน OPD-อันดับการใช้ยาสมุนไพร (s_ttm4) 2. ตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จากระหัสที่มาของยา ที่เป็นเลข 1 (หลักที่ 25) 3. ข้อมูลมูลค่า ซึ่งคำนวณจากจำนวนครั้งของการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติ x อัตราจ่ายบาทต่อคอร์สการรักษา 4. ตรวจสอบอัตราจ่ายต่อคอร์สของรายการยาสมุนไพรแต่ละชนิด ตาม QR Code ที่แนบ				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงาน Quick Win รายไตรมาส 2. รายงานติดตามความก้าวหน้าโครงการ 3. รายงานการอบรมหรือประชุมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพร 4. รายงานตรวจราชการและนิเทศงานด้านแพทย์แผนไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	-	บาท	1,006,914,656	1,191,254,078.50	1,496,901,780
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางมณฑกา อธิราชกุล				

	3. นางสาวอริสรา ศรีนัม โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : - กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 082-497-6454 E-mail : arissara.srm@gmail.com
--	---	--

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ	
แผนงานที่	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	
ระดับการแสดงผล	ประเทศ	
ชื่อตัวชี้วัด	16. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 16.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 16.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเอง แต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น และผลของการพยายามฆ่าตัวตาย อาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการทำร้ายตนเองหมวด Intentional self-harm (X60-X84) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่10 (ICD-10 :International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หรือตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามแนวทาง 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันทั่วทั้ง 2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3) ได้รับการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน 4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง 5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องและดำเนิน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย 6)ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะสังเกตสัญญาณเตือน และมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และ 7) ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เช่น ได้รับการประเมิน 8Q ทุกครั้งที่มารับบริการ หรือประเมินระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน (หมายเหตุ : กิจกรรมที่ 4-5 อาจทดแทนกิจกรรมของการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน ด้วยวิธีอื่นหรือได้รับ Intervention อื่นๆ เช่น Counseling, Psychotherapy, Family Counseling การรักษาด้วยยา เป็นต้น ส่งผลให้ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี)	
เกณฑ์เป้าหมาย :		
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
16.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน
16.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 1. เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพในพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกจังหวัด ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 : ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในพื้นที่ (วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2568 - กันยายน 2569)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง 506s version 11 ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย รวบรวมจาก รายงานเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.506s V.11 อ้างอิงจาก https://506s.dmh.go.th และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่รวบรวมจากข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : ร้อยละการเข้าถึงบริการ อ้างอิงจาก https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog
แหล่งข้อมูล	ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 : 1) รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง506s version 11 ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 : 1) จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขตสุขภาพ จากการรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง 506 S version 11) 2) จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ตามหลักการวินิจัย หมวด Intentional Self - harm (X60-X84)) จาก Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต) ปีงบประมาณ 2569 แหล่งข้อมูล : รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง506s version 11
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2568 แหล่งข้อมูล : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ แหล่งข้อมูล : จากการรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง 506 S version 11) โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดที่มีอายุ 10 ปี ขึ้นไป ทั้งหมดในพื้นที่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569 แหล่งข้อมูล : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ตามหลักการวินิจัย หมวด Intentional Self - harm (X60-X84)) จาก Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 : $(A/B) \times 100,000$ ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 : $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 : ไตรมาส 2 / ไตรมาส 4 ตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 : ไตรมาส 2 / ไตรมาส 3 / ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดย่อยที่ 16.1 : ปี 2569

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	รายงานในภาพรวมของ เขตสุขภาพและรายงานภาพ ประเทศ	-	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤7.8 ต่อประชากรแสนคน

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดย่อยที่ 16.2 : ปี 2569

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 35 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการ ที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 50 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการ ที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 70 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการ ที่มีประสิทธิภาพ

วิธีการประเมินผล :

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน

เอกสารสนับสนุน :

1. รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง (รง.506s version 11)
2. ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
การฆ่าตัวตาย สำเร็จ	อัตราต่อประชากร แสนคน	8.04	8.02	7.83
ผู้พยายาม ฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการ	ร้อยละ	57.95	62.73	67.38

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 โทรศัพท์มือถือ : -
นางอมรรัตน์ ยาวิชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 095 659 0148
E-mail : suicidethailand@gmail.com

ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางสาวนรินรัตน์ นวนรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 8125 โทรสาร : 02 149 5524 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต นางอมรรัตน์ ยาวิชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 E-mail : suicidethailand@gmail.com โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 063 645 4589 E-mail : me.mhspd@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 095 659 0148
---	---

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ										
แผนงานที่	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)										
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช										
ระดับการแสดงผล	ประเทศ										
ชื่อตัวชี้วัด	17. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ 17.1 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ 17.2 ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)										
คำนิยาม	ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-10 โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD-10 โรคจิตเภท (F20.xx-F29.xx) โรคซึมเศร้า (F32.xx, F33.xx, F34.1, F38.xx, F39) โรคอารมณ์สองขั้ว (F30.xx-F31.xx) และโรคจิตจากสารเสพติด (F10.xx - F19.xx ยกเว้น F17.xx) และได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การประเมิน SMI-V ในรหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (SPECIALPP) มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 - 1B033 ดังต่อไปนี้ <table border="1"> <tr> <td>1B030</td><td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต</td></tr> <tr> <td>1B031</td><td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน</td></tr> <tr> <td>1B032</td><td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จู่โจมร้าย</td></tr> <tr> <td>1B033</td><td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ในคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาคต วางเพลิงและความผิดต่อเสรีภาพ)</td></tr> </table> ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช/โรงพยาบาลในเขตสุขภาพจากสถานบริการใดก็ได้ (อย่างน้อย 2 ครั้งในปีงบประมาณ) นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2569 โดยมีการประสานงาน ส่งต่อ และติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทางสาธารณสุข และ/หรือนัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) และมีการลงรหัสการติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม (SPECIAL PP) ดังนี้ <table border="1"> <tr> <td>1B037</td><td>ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง ได้รับการติดตาม</td></tr> </table> ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง ในปีงบประมาณ และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เทียบกับประชากร ปีก่อนหน้า หมายถึง ค่าประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่คำนวณจากความชุกของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดชนิดรุนแรง 4 โรค ได้แก่ ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคกลุ่ม	1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต	1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน	1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จู่โจมร้าย	1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ในคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาคต วางเพลิงและความผิดต่อเสรีภาพ)	1B037	ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง ได้รับการติดตาม
1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต										
1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน										
1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จู่โจมร้าย										
1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ในคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาคต วางเพลิงและความผิดต่อเสรีภาพ)										
1B037	ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง ได้รับการติดตาม										

	จิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depression) และกลุ่มติดยาและแอลกอฮอล์ (Alcohol and Drug Addiction) ร่วมกับผลการศึกษาข้อมูล SMI เทียบกับ SMI-V ที่ร้อยละ 11.92 และข้อมูลประชากรกลางปีในปีก่อนหน้า ในช่วง อายุ 15 – 60 ปี หมายเหตุ ค่าความชุก (Prevalence) จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566 : schizophrenia 0.78 / bipolar disorder 0.06 / major depression 2.28 / alcohol and drug addiction 1.25 (รวมความชุก SMI = 4.37)		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	17.1 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45
	17.2 ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดย่อย 17.1 เพื่อติดตาม ฝัาระวัง ดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ไม่ให้กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตัวชี้วัดย่อย 17.2 เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษา		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดย่อย 17.1 : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ที่ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ตัวชี้วัดย่อย 17.2 : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต รวบรวมและสรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)		
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)		
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ		
รายการข้อมูล 2	B = ประเมินการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เทียบกับประชากรปีก่อนหน้า **หา Estimate SMI= (ค่าความชุก 4.37/100) x ประชากรกลางปี 2567 (15-60 ปี) (*Prevalence : Schizophrenia 0.78 / Bipolar 0.06 / Major depressive 2.28 / Drug dependence 1.25 จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566) 4.37x4,231,005 = 1,849,035 คน 100 2. หา Estimate SMI-V = (11.92 / 100) x Estimate SMI (ข้อมูลสะสม SMI เทียบ SMI-V รพจ.ขอนแก่น 1 ตค.64-31 พค. 66 = 11.92%) 1,849,035 X11.92 = 220,405 คน)		
รายการข้อมูล 3	C = ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรงที่บันทึกเข้าระบบบริการ		
รายการข้อมูล 4	D = ประเมินการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เทียบกับประชากรปีก่อนหน้า		

	**หา Estimate SMI= (ค่าความชุก 4.37/100) x ประชากรกลางปี 2567 (15-60 ปี) (*Prevalence : Schizophrenia 0.78 / Bipolar 0.06 / Major depressive 2.28 / Drug dependence 1.25 จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566) 4.37x4,2312,005 = 1,849,035 คน 100 2. หา Estimate SMI-V = (11.92 / 100) x Estimate SMI (ข้อมูลสะสม SMI เทียบ SMI-V รพจ.ขอนแก่น 1 ตค.64-31 พค. 66 = 11.92%) 1,849,035 X11.92 = 220,405 คน)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดย่อย 17.1 : (A/B) x 100 ตัวชี้วัดย่อย 17.2 : (C/D) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดย่อย 17.1 : ไตรมาส 2 / ไตรมาส 4 ตัวชี้วัดย่อย 17.2 : ไตรมาส 2 / ไตรมาส 3 / ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดย่อย 17.1 : ปี 2569					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-		ร้อยละ 20	-	ร้อยละ 40	
เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดย่อย 17.2 : ปี 2569					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-		ร้อยละ 35	ร้อยละ 37	ร้อยละ 40	
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมและสรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)				
เอกสารสนับสนุน :	มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (เฉพาะหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต 14 แห่ง)	ร้อยละ	95.92	97.42	-
	ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (Service Base)	ร้อยละ	-	-	97.67
	ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (Population Base)	ร้อยละ	-	-	36.79

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต แพทย์หญิงณานิภา วลีอิทธิกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 8090 โทรสาร : - นางสุจิรา เนาวรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 8090 โทรสาร : - นางสาวธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 8090 โทรสาร : -	กรมสุขภาพจิต รองผู้อำนวยการด้านสุขภาพจิตชุมชนและสังคม โทรศัพท์มือถือ : 085 066 2573 E-mail : smiv.dmh@gmail.com นักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 089 454 2894 E-mail : smiv.dmh@gmail.com นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089 454 2894 E-mail : smiv.dmh@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต นางสาวพรพิมล นาอ่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 8090 โทรสาร : - นางสาวทิพย์ภากร พงศ์สุภา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 8090 โทรสาร : -	กรมสุขภาพจิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : E-mail : smiv.dmh@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 085 46 9834 E-mail : smiv.dmh@gmail.com

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ
แผนงานที่	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	18. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock 1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4 1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis 3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2568 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป 4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) 4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) 4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) หรือ NEWS 2 ตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไป 5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

เกณฑ์เป้าหมาย :				
		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
		น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+C) / D \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
น้อยกว่าร้อยละ 24		น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24
วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 - 13			

เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิตศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="3">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2566</th><th>2567</th><th>2568</th></tr><tr><th>ร้อยละ</th><td>35.73</td><td>27.87</td><td>27.92</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2566	2567	2568	ร้อยละ	35.73	27.87	27.92
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2566	2567	2568													
	ร้อยละ	35.73	27.87	27.92													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พจน์ อินทลาภาพร																

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature $>38^{\circ}\text{C}$ or $<36^{\circ}\text{C}$

Heart rate >90 beats/min

Respiratory rate >20 /min หรือ $\text{PaCO}_2 < 32$ mm Hg

WBC $>12,000$ /mm³, <4000 /mm³, หรือมี band form >10 %

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL)

Urine output <0.5 mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม. แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 250$ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 200$ โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine >2.0 mg/dL (176.8 $\mu\text{mol/L}$)

Bilirubin >2 mg/dL (34.2 $\mu\text{mol/L}$)

Platelet count $<100,000/\mu\text{L}$

Coagulopathy (international normalized ratio >1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที)

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)
2. Systolic blood pressure ≤ 100 mm Hg
3. Respiratory rate ≥ 22 /min

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
temp		≤ 35	35.1 – 36	36.1 – 38	38.1 – 38.4	≥ 38.5	
Sys BP	≤ 80	81 – 90	91 – 100	101 – 120	121 – 139	≥ 140	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
HR	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
RR	≤ 8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9 – 20	21 – 25	26 – 35	≥ 36
Neuro			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี พุดคุยรู้เรื่อง	ซึม แต่เรียกแล้วลืมตา สลึมสลือ	ซึมมาก ต้องกระตุ้นจึงจะลืมตา	ไม่รู้สีกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม

ยากระตุ้นความดันโลหิต = Dopamine, Levophed, Dobutamine, Adrenaline

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

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤ 70	+3
71-80	+2
81-100	+1

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

Interpretation

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

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

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

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

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

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ
แผนงาน	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	19. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
คำนิยาม	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) อัตราตายในผู้ป่วย STEMI 1.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit) 2.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 9

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่ - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

Small Success	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการให้ health literacy กับประชาชน ในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา	มี	มี	มี	มี
- มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tractและระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วัน ต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ	มี	มี	มี	มี
- มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS	มีการทบทวน CPG ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	มี	มี	มี
- มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS	มีการทบทวน CPG ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	มี	มี	มี

Small Success	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
- รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดและมีความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้	มี	มี	มี	มี													
- มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7	มี	มี	มี	มี													
- อัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI (Reperfusion rate)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70													
- มีระบบติดตามผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล	มี	มี	มี	มี													
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC																
เอกสารสนับสนุน :	1. Thai ACS Registry (http://www.ncvdt.org) 2. Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020 3. BYRNE, Robert A., et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). <i>European Heart Journal</i> , 2023, ehad 191.																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr> <tr> <th>2566</th><th>2567</th><th>2568</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td><td>ร้อยละ</td><td>9.46</td><td>9.01</td><td>8.06</td></tr> </tbody> </table> ข้อมูลจาก Thai ACS Registry ณ วันที่ 30 กันยายน 2567				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2566	2567	2568	-	ร้อยละ	9.46	9.01	8.06
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2566	2567	2568													
-	ร้อยละ	9.46	9.01	8.06													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. พญ.กมลรัตน์ ทองปลั่ง ตำแหน่ง: นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรศัพท์มือถือ : 096-469-5914 E-mail : kamonrat.mam18@gmail.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. พญ.กมลรัตน์ ทองปลั่ง ตำแหน่ง: นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 9972 โทรศัพท์มือถือ : 096-469-5914 E-mail : kamonrat.mam18@gmail.com สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์																

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ				
แผนงาน	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	20. ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า				
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า 15 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI <u>ที่ไม่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) และไม่อยู่ระหว่างการนอนโรงพยาบาล</u> <u>ผู้ป่วยรายใหม่</u> หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่มีเงื่อนไข ดังนี้ 1. เมื่อมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง 16 - 20 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. หรือ 2. เมื่อมากกว่า 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง 60 - 21 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. และติดตามต่ออีก 3 เดือนต่อไป ค่า eGFR ยังคงน้อยกว่า 15 หรือ 3. หากไม่มีข้อมูลผลตรวจเลือดเดิม ให้ยืนยันรายดังกล่าวอีกครั้ง ในระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนถัดไป				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr> <tr> <td>มากกว่าร้อยละ 10</td><td>มากกว่าร้อยละ 10</td></tr> </table>		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70				
มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10				
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลาย ๆ มาตรการรวมกัน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ eGFR ห้องปฏิบัติการนำผลการตรวจเข้าในระบบ HIS ของโรงพยาบาลทุกครั้ง และโรงพยาบาลส่งข้อมูลรูปแบบมาตรฐาน (43 แฟ้ม) เข้าระบบ HDC ตามระยะเวลาที่ HDC กำหนด - โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC				
แหล่งข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) / Health Data Center (HDC)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของปีงบประมาณปัจจุบัน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของปีงบประมาณก่อนหน้า				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((B - A) / B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามผลรายไตรมาส และรายงานรอบ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10	มากกว่าร้อยละ 10		

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด				
เอกสารสนับสนุน :	1. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2565 (ฉบับปรับปรุง) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
		ร้อยละ	-	17.33	19.12
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงวรางคณา พิชัยวงศ์ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ: 08 1646 9469 E-mail: wpichaiw@hotmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. แพทย์หญิงวรางคณา พิชัยวงศ์ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ โทรศัพท์มือถือ: 08 1646 9469 E-mail: wpichaiw@hotmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์				

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ																																																
แผนงาน	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																																																
โครงการ	14. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ																																																
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																																																
ชื่อตัวชี้วัด	21. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+, P, A+, A)																																																
คำนิยาม	ผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามเกณฑ์ของแพทยสภา และมีการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมจากญาติผู้บริจาคอวัยวะตามแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และได้มีการผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกจากร่างผู้บริจาคอวัยวะ ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2569 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568 เป็นตัวหาร)																																																
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ ยกเว้น เขตสุขภาพที่ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2568 มีอัตราส่วนมากกว่า 1 ใช้เกณฑ์เป้าหมายเท่ากับผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2568																																																	
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2569 เป้าหมายแยกรายเขตสุขภาพ																																																	
<table><tr><td>เขตสุขภาพ</td><td>เขต 1</td><td>เขต 2</td><td>เขต 3</td><td>เขต 4</td><td>เขต 5</td><td>เขต 6</td><td>เขต 7</td></tr><tr><td>ผล 68</td><td>0.33</td><td>0.74</td><td>0.22</td><td>0.60</td><td>0.39</td><td>0.65</td><td>1.53</td></tr><tr><td>เกณฑ์ 69</td><td>≥0.37</td><td>≥0.81</td><td>≥0.24</td><td>≥0.66</td><td>≥0.43</td><td>≥0.72</td><td>≥1.53</td></tr><tr><td>เขตสุขภาพ</td><td>เขต 8</td><td>เขต 9</td><td>เขต 10</td><td>เขต 11</td><td>เขต 12</td><td>เขต 13</td><td>ประเทศ</td></tr><tr><td>ผล 68</td><td>1.76</td><td>0.89</td><td>0.29</td><td>0.10</td><td>0.32</td><td>0.10</td><td>0.57</td></tr><tr><td>เกณฑ์ 69</td><td>≥1.76</td><td>≥0.98</td><td>≥0.32</td><td>≥0.12</td><td>≥0.35</td><td>≥0.11</td><td>≥0.63</td></tr></table>		เขตสุขภาพ	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	ผล 68	0.33	0.74	0.22	0.60	0.39	0.65	1.53	เกณฑ์ 69	≥0.37	≥0.81	≥0.24	≥0.66	≥0.43	≥0.72	≥1.53	เขตสุขภาพ	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ	ผล 68	1.76	0.89	0.29	0.10	0.32	0.10	0.57	เกณฑ์ 69	≥1.76	≥0.98	≥0.32	≥0.12	≥0.35	≥0.11	≥0.63
เขตสุขภาพ	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7																																										
ผล 68	0.33	0.74	0.22	0.60	0.39	0.65	1.53																																										
เกณฑ์ 69	≥0.37	≥0.81	≥0.24	≥0.66	≥0.43	≥0.72	≥1.53																																										
เขตสุขภาพ	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ																																										
ผล 68	1.76	0.89	0.29	0.10	0.32	0.10	0.57																																										
เกณฑ์ 69	≥1.76	≥0.98	≥0.32	≥0.12	≥0.35	≥0.11	≥0.63																																										
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568</td><td>อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2569</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2569																																												
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70																																																
อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2569																																																
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย 2. เพื่อเพิ่มจำนวนการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคสมองตาย 3. เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต																																																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย severe brain injury เข้าเกณฑ์วินิจฉัยสมองตาย และมีแนวโน้มเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Potential organ donor)																																																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 2. สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. ข้อมูลผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากการลงพื้นที่ตรวจราชการในเขตสุขภาพ ครั้งที่ 1																																																
แหล่งข้อมูล	1. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 2. สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. ข้อมูลผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากการลงพื้นที่ตรวจราชการในเขตสุขภาพ ครั้งที่ 1																																																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) ปีงบประมาณ 2569																																																

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2568																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100																	
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																	
เกณฑ์การประเมิน :																		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน														
- ระบบการค้นหาผู้บริจาคเชิงรุก เป็นแนวปฏิบัติเมื่อมีผู้ป่วยสมองตายที่เป็น potential organ donor	- การอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรับบริจาคอวัยวะ ทีมผ่าตัดนำไตออก ทีมจัดเก็บดวงตา ทีมปลูกถ่ายไตและดวงตา และส่งเสริมให้มีพยาบาล TC ที่ผ่านหลักสูตร 4 เดือน ให้มีบทบาท มีคำตอบแทนที่เหมาะสม	- ผลักดันให้มีจำนวนทีมผ่าตัดนำไตออก (RRT) ≥2 ทีม/เขต ในเขตสุขภาพที่ 3,5,10,11		- อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+, P, A+, A จำนวน 134 รพ. ไม่รวม A ยกระดับ) (เป้าหมายอัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ ยกเว้น เขตสุขภาพที่ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2568 มีอัตราส่วนมากกว่า 1 ใช้เกณฑ์เป้าหมายเท่ากับผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2568)														
วิธีการประเมินผล :	ติดตามและนิเทศผ่านการตรวจราชการ																	
เอกสารสนับสนุน :	1. ข้อมูลรายงานศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td>2566</td><td>2567</td><td>2568</td></tr><tr><td></td><td>อัตราส่วนต่อ 100</td><td>0.40</td><td>0.32</td><td>0.57</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2566	2567	2568		อัตราส่วนต่อ 100	0.40	0.32	0.57
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2566	2567	2568														
	อัตราส่วนต่อ 100	0.40	0.32	0.57														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโคก																	

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ
แผนงาน	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	15. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	22. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด 22.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 22.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 22.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
คำนิยาม	1) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่รักษามะเร็ง หรือวันที่แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยวิธีนี้ โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา) - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้รักษามะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ 2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนด ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษามะเร็ง หรือวันที่แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยวิธีนี้ โดยนับถึงวันที่ผู้ป่วย ได้รับ ยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยก รายงานจังหวัด หรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ 3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการ เข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษามะเร็งหรือวันที่แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยวิธีนี้ โดยนับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

	- ในกรณีที่ไม่มีกรตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจาก สถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของโรคมะเร็ง		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษาโดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่ 3.1 วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นที่ใช้นิยมนโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้น ๆ 3.2 วันที่ผ่าตัด (Operation date) เพื่อการรักษา 3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย 3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและวันที่ฉายแสงวันสุดท้าย กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ 3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา		
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูล Cancer Anywhere		
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด		
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$ 2. $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ 3. $(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$		

ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส (วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)			
เกณฑ์การประเมิน :				
รายการตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
วิธีการประเมินผล :				
เอกสารสนับสนุน :	สำรวจและนิเทศติดตาม			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	1. คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง			
	2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline)			
	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2566*	2567*
การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	64.54	62.57	59.29
เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	68.73	66.99	67.72
รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	56.32	53.74	40.54
หมายเหตุ : ข้อมูลพื้นฐานจากการตรวจราชการ *ผลการดำเนินงาน จากฐานข้อมูล TCB2023 ดึงข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2568				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. รอ.นพ.สมชาย ธนะสิทธิชัย ผู้อำนวยการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 โทรศัพท์มือถือ : 2. นพ.ดนัย มโนรมณ์ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2202 6800 โทรศัพท์มือถือ: 086 519 4428 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 2. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 โทรสาร: 0 2591 8279 E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์			

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ				
แผนงานที่	5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	16. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	23. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)				
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการคัดกรองบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม ครอบคลุมโปรแกรมมาตรฐานต่อเนื่องจนถึงการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานด้านการติดตามทางการแพทย์ดังนี้ - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้ใช้” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี				
เกณฑ์เป้าหมาย : <table border="1" data-bbox="422 891 1182 992"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 75</td></tr> </table>		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70				
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75				
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือ ครอบคลุมเกณฑ์และมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ครอบคลุมโปรแกรมมาตรฐาน และได้รับการดูแล ติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา ครอบคลุมเกณฑ์มาตรฐาน* และครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุบบำบัด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมด ที่ ครบ ระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุบบำบัด (ยกเว้นกรณีถูกจับ เสียชีวิต ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ		
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ		
โครงการที่	17. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ		
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	24. ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
คำนิยาม	ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ทั้งหมด ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M1) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึงสถานพยาบาล โดยการสั่งการของหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH ED. Triage ณ ห้องฉุกเฉิน หน่วยปฏิบัติการแพทย์ หมายถึง หน่วยปฏิบัติการแพทย์ทุกระดับ ที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินโดยการสั่งการของหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 29	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	
วัตถุประสงค์	ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึงสถานพยาบาล เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ทั้งหมด (ER Visit) โดยไม่รวม ผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) ของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M1) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Level 1-สีแดง) จำแนกตามการมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินทั้งหมด (ER Visit) ผ่านระบบ Google Sheet : https://q.me-gr.com/ft2lbPAb 		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการคัดแยกผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน ของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M1) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน เฉพาะการมาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เท่านั้น ไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ทั้งหมด (ER Visit) ไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) * 100		
ระยะเวลาประเมินผล	รายเดือน, รายไตรมาส		



เกณฑ์การประเมิน: เป็นร้อยละค่าเฉลี่ยจึงเท่ากันทุกไตรมาส					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 29		ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 29		ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 29	
วิธีการประเมินผล :		ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 29			
เอกสารสนับสนุน :		คู่มือคัดกรองสำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	ครั้ง	126,980	316,711	127,462
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน	ครั้ง	66520	1,553,274	370,025
		ร้อยละ	19.05	20.39	34.45
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นายรังสรรค์ คูหากาญจน์ ตำแหน่ง: ผู้จัดการงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-872-1600 โทรศัพท์มือถือ: 08-1172-1669 โทรสาร: 02-872-1604 Email: rangsan.k@niems.go.th สถานที่ทำงาน: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		นายภคภูมิ ทานัดดี ตำแหน่ง: พนักงานปฏิบัติการ งานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-872-1600 โทรศัพท์มือถือ: 08-5260-1669 โทรสาร: 02-872-1604 Email: pakpoom.t@niems.go.th สถานที่ทำงาน: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ			

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ
แผนที่	7. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่	18. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	25. ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชนุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจ และผู้ป่วยที่ทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายฎีกา ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ค่าเดินทาง และค่าสนับสนุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการรักษา ผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศ์ฐานวงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์” โดยต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของมูลนิธิ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีระบบหรือระเบียบการให้ความช่วยเหลือ และพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ รวมถึงค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ระบุในหนังสือ การดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ค่าเดินทาง และค่าสนับสนุนอื่น ๆ โดยมีใช้กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามคู่มือการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มี 4 กระบวนการ ดังนี้ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชนุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 2) คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ จัดประชุมคณะกรรมการ เพื่อจัดทำแผน/แนวทางการดูแลหรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 3) คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ลงพื้นที่ให้การดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ตามแผนที่กำหนด 4) รายงานข้อมูลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาการ และความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ที่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติ ผ่านในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชนุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (หรือทุก 6 เดือนของปีงบประมาณ) ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง ผู้ป่วยฯ ได้รับการดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ค่าเดินทาง และค่าสนับสนุนอื่น ๆ และมีการรายงานข้อมูลเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ผ่านในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์

	พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (หรือทุก 6 เดือนของปีงบประมาณ) ผู้ป่วยพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง ผู้ป่วยฯ ได้รับการดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัด พื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ค่าเดินทาง ที่มีระบุในหนังสือส่งตัว และมีการรายงานข้อมูลเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ผ่านในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (หรือทุก 6 เดือนของปีงบประมาณ)				
เกณฑ์เป้าหมาย : <table border="1"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 69</th><th>ปีงบประมาณ 70</th></tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 100</td></tr> </table>		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70				
ร้อยละ 90	ร้อยละ 100				
วัตถุประสงค์	1) เพื่อให้ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ที่ได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิการรักษา และสิทธิพึงได้ตามคู่มือการดำเนินงานฯ รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ อย่างต่อเนื่อง 2) เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ อย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับแผนงานพัฒนาโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับหรือมีใบโปรดเกล้าฯ พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ที่มีชีวิตอยู่				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) จังหวัดบันทึกรายละเอียดข้อมูลการรักษา/ลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยฯ 2) คำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ตามแบบฟอร์ม ส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ strategic.ordpmoph@gmail.com 3) รายงานการประชุมคณะกรรมการฯ หรือแผนการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ strategic.ordpmoph@gmail.com				
แหล่งข้อมูล	1) โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 2) คำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 3) รายงานการประชุมคณะกรรมการฯ หรือแผนการลงเยี่ยมผู้ป่วยฯ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับหรือมีใบโปรดเกล้าฯ พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ที่ยังมีชีวิตอยู่ ได้รับการลงเยี่ยมติดตามฯ และมีการรายงานผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยฯ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับหรือมีใบโปรดเกล้าฯ พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4				

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
<u>ส่วนกลาง</u> - ชี้แจงรายละเอียดแนวทางการดำเนินงานและการติดตามตามตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ผ่านช่องทางออนไลน์ (กลุ่ม Line)	<u>ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค</u> - เข้าร่วมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 <u>ส่วนภูมิภาค</u> มีคำสั่งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	<u>ส่วนภูมิภาค</u> - มีรายงานการประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ หรือแผนการลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	ติดตามข้อมูลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ≥ ร้อยละ 90		
วิธีการประเมินผล :	1) รวบรวม และสรุปผลจากการรายงานข้อมูลการรักษา/ลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 2) มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 3) มีข้อมูลสรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ ประจำปี หรือแผนการลงเยี่ยมผู้ป่วยฯ				
เอกสารสนับสนุน :	1) คู่มือแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง 2) หนังสือ สธ 0228.09/ว 326 ลงวันที่ 22 เมษายน 2559  https://moph.cc/zbjBvytCe				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	39.05*	51.16*	93.02*
*อ้างอิงจากระบบ Health KPI					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ประสานงานตัวชี้วัด นายแพทย์สุรคเมธ มหาศิริมงคล ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักโครงการพระราชดำริฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : strategic.ordpmoph@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ				

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางสาวเนตรชนก ศิริเลิศรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1650 โทรศัพท์มือถือ : 087 743 2643 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : netchanok.nuk@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ นางสาวดาริกา การเก่ง ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1063 โทรศัพท์มือถือ : 095 919 9889 โทรสาร : 0 2590 1650 E-mail : karnkeng89@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ
---	--

หมวด	ด้านบุคลากรเป็นเลิศ																
แผนที่	8. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																
โครงการที่	19. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ																
ชื่อตัวชี้วัด	26. สัดส่วนการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																
คำนิยาม	1. การกระจายแพทย์ หมายถึง แพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนตามสัดส่วนจำนวนเตียงที่ใช้จริง (Active bed) ดังนี้																
	<table><tr><th>จำนวนเตียงที่ใช้จริง (Active bed)</th><th>จำนวนแพทย์ (รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</th></tr><tr><td>0 - 15</td><td>3</td></tr><tr><td>16 - 30</td><td>5</td></tr><tr><td>31 - 60</td><td>10</td></tr><tr><td>61 - 90</td><td>15</td></tr><tr><td>91 - 120</td><td>20</td></tr><tr><td>121 ขึ้นไป</td><td>25</td></tr></table>			จำนวนเตียงที่ใช้จริง (Active bed)	จำนวนแพทย์ (รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาล)	0 - 15	3	16 - 30	5	31 - 60	10	61 - 90	15	91 - 120	20	121 ขึ้นไป	25
	จำนวนเตียงที่ใช้จริง (Active bed)	จำนวนแพทย์ (รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาล)															
	0 - 15	3															
	16 - 30	5															
	31 - 60	10															
	61 - 90	15															
	91 - 120	20															
	121 ขึ้นไป	25															
	2. แพทย์ หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน โดยไม่นับรวมแพทย์ลาศึกษา																
	3. เตียงที่ใช้จริง (Active bed) หมายถึง จำนวนเตียงที่ได้ใช้รองรับผู้ป่วยจริง ในแต่ละหอผู้ป่วย (Ward) หรือ แต่ละโรงพยาบาล คำนวณจากอัตราครองเตียง x จำนวนเตียงตามกำหนดหารด้วย 100 หรือวันนอนผู้ป่วยใน ใน 1 ปี หารด้วย 365 (วัน) (ข้อมูลจาก กบรส. ณ มีนาคม 2568)																
	4. โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีที่ตั้งอยู่ในอำเภอ ทำหน้าที่ให้บริการทุติยภูมิ (ข้อมูลจาก กบรส. ณ มีนาคม 2568)																
	5. เขตสุขภาพ หมายถึง ส่วนราชการส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค เพื่อให้มีการบริหารจัดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขตสุขภาพ โดยมีนโยบายการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้																
	เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จังหวัด														
	1	8	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน														
	2	5	ตาก พิจิตร โลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์														
3	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท															
4	8	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก															
5	8	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี															
6	8	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตรวดี ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ															
7	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด															
8	7	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี															
9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์															
10	5	ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร															
11	7	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี															
12	7	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตล พัทลุง ตรัง															

เกณฑ์เป้าหมาย :				
		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
		แพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน ≥ร้อยละ 70	แพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน ≥ร้อยละ 80	
วัตถุประสงค์		1. เพื่อให้มีสัดส่วนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนให้เพียงพอต่อภาระงาน 2. เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพในการให้บริการรักษาประชาชนขั้นพื้นฐานและต่อเนื่อง 3. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ระหว่างเขตเมืองและชุมชน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		1. แพทย์สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. และ รพช.)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)		
แหล่งข้อมูล		1. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพ (สสจ. และ รพช.) 3. ระบบรายงานข้อมูลพื้นฐานสถานบริการสุขภาพ ของกองบริหารการสาธารณสุข (ข้อมูล ณ มีนาคม 2568)		
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีสัดส่วนแพทย์ตามเกณฑ์ ณ วันที่รายงานผล ดังนี้ ไตรมาสที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 มีนาคม 2569 ไตรมาสที่ 3 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2569 ไตรมาสที่ 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2569		
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดของแต่ละเขตสุขภาพ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) × 100		
ระยะเวลาประเมินผล		รายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จัดทำข้อมูลแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน ส่งให้แต่ละเขตสุขภาพ ภายในวันที่ 7 มกราคม 2569		1. เขตสุขภาพดำเนินการ 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์มภายในวันที่ 31 มีนาคม 2569 3. ≥6 เขตสุขภาพ มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามเกณฑ์ ≥ร้อยละ 70	1. เขตสุขภาพดำเนินการ 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์มภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2569 3. ≥8 เขตสุขภาพ มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามเกณฑ์ ≥ร้อยละ 70	1. เขตสุขภาพดำเนินการ 2. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ตามแบบฟอร์มภายในวันที่ 22 กันยายน 2569 3. ≥10 เขตสุขภาพ มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามเกณฑ์ ≥ร้อยละ 70
*กำหนดการรายงานความก้าวหน้าฯ กองบริหารทรัพยากรบุคคลอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม				
วิธีการประเมินผล :		1. วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) และระบบรายงานข้อมูลพื้นฐานสถานที่บริการสุขภาพ ของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ณ มีนาคม 2568) 2. กำกับ ติดตาม การดำเนินการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจากฐานข้อมูลที่เขตสุขภาพรายงานผ่านระบบออนไลน์ 3. ข้อมูลการรายงานผลการดำเนินการของเขตสุขภาพที่ 1 - 12		

เอกสารสนับสนุน :	1. ข้อมูลดำเนินการตามตัวชี้วัด 2. แบบฟอร์มรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนทุกเขตสุขภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	การดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	สัดส่วนการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสรเสริญ นามพรหม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1410 โทรสาร : 0 2590 1421		ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : sansernx@gmail.com		
	2. นางฐิตาภรณ์ จันทร์สุตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1069 โทรสาร : -		รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -		
	3. นางสาวเกศรินทร์ ชี้แจง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1071 โทรสาร : -		รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -		
	4. นางปัทมา ใจกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2070 โทรสาร : -		รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -		
	5. นางศรีนวล ศิริคะรินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1342 โทรสาร : -		รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -		
	กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวศุภักษร รักสตัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1348 โทรสาร : 0 2590 1344		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : -		
	2. นางจันทร์เพ็ญ พันโนราช โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1348 โทรสาร : 0 2590 1344		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : hrss.group02@gmail.com		
	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล กองบริหารทรัพยากรบุคคล				

หมวด	ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล	
แผนที่	9. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล	
โครงการที่	20. โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ	
ชื่อตัวชี้วัด	27. ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	
คำนิยาม	1. หน่วยงาน หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนที่เปิดให้บริการแล้ว และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานเขตสุขภาพ ที่ 1-12 2. มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ หมายถึง เกณฑ์การประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Technical Assessment Matrix Plus: CTAM+) 3. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง หมายถึง ผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+) ตามที่กำหนดครบทุกข้อ ดังนี้ 1) Backup 2) Antivirus Software 3) Access Control (Public และ Private) 4) Privileged Access Management (PAM) 5) Business Continuity Plan (BCP) และ Disaster Recovery Plan (DRP) 6) OS Patching 7) Multi-Factor Authentication (2FA) 8) Web Application Firewall (WAF) 9) Log Management 10) Security Information & Event Management (SIEM) 11) Vulnerability Assessment (VA Scan) 12) สำรวจและปิดระบบงานที่ไม่ได้ใช้งานเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล 13) อัปเดตซอฟต์แวร์หรือแพตช์ ด้านความปลอดภัย 14) Network Segmentation 15) ใช้ซอฟต์แวร์ถูกลิขสิทธิ์ 16) Penetration Testing 17) มีนโยบายด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึง การส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบุคลากรด้านดังกล่าว	
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง		
	ปีงบประมาณ 69 ร้อยละ 100 ของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง	ปีงบประมาณ 70 ร้อยละ 100 ของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินทางคอมพิวเตอร์ ด้วยระบบป้องกัน ตรวจสอบ วิเคราะห์ และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์ 2. เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบกรณีหน่วยงานถูกคุกคามทางไซเบอร์ที่ส่งผลต่อการให้บริการประชาชน และอาจส่งผลต่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล 3. เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโอกาสเกิดช่องโหว่ภัยคุกคามทางไซเบอร์	

	4. เพื่อให้ศูนย์ประสานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยระบบคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศด้านสาธารณสุข (HealthCERT) ได้รับการประสานงานอย่างรวดเร็ว และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์ได้ทันเวลา								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์ 2. โรงพยาบาลทั่วไป 3. โรงพยาบาลชุมชน เฉพาะที่เปิดให้บริการแล้ว 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. หน่วยงานดำเนินการให้ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และสารสนเทศตามเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ และประเมินตนเอง หรือให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ตรวจประเมิน (หากเป็นเอกชนต้องมีใบรับรองมาตรฐาน) 2. หน่วยงานส่งผลยืนยันผลการประเมินพร้อมหลักฐานให้คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับเขตสุขภาพ หรือ คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่อีเมล cyberaudit@moph.go.th ทุกวันพฤหัสบดี 3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารจะยืนยันผลการประเมินของหน่วยงานทุกศุกร์ โดยแสดงผลที่ https://ict.moph.go.th/th/extension/1763								
แหล่งข้อมูล	Cybersecurity Dashboard (https://ict.moph.go.th/th/extension/1763)								
รายการข้อมูล 1	A = หน่วยงานที่รักษาระดับมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง								
รายการข้อมูล 2	B = หน่วยงานทั้งหมด (หน่วยงานตามที่กำหนดไว้ในคำนิยาม)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100 หมายเหตุ ทศนิยมตั้งแต่ .5 ขึ้นไปให้ปัดขึ้น								
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน								
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>โรงพยาบาลระดับ M1, S และ A ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td><td>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานเขตสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td><td>โรงพยาบาลชุมชน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td><td>หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ร้อยละ 100</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	โรงพยาบาลระดับ M1, S และ A ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานเขตสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	โรงพยาบาลชุมชน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ร้อยละ 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
โรงพยาบาลระดับ M1, S และ A ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานเขตสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	โรงพยาบาลชุมชน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ร้อยละ 100						
วิธีการประเมินผล :	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ตรวจสอบหลักฐาน และนำผลประเมิน เข้าสู่ Cybersecurity Dashboard ทุกสัปดาห์								
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์การประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Technical Assessment Matrix Plus : CTAM+) เผยแพร่ที่เว็บไซต์ https://cyber.moph.go.th/								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	แห่ง	-	88	990
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ที่ปรึกษา : 1. แพทย์หญิงสินสุชา บุญตันตราภรณ์ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โทรศัพท์ : 09 8905 0442 E-mail: sinsucha@moph.go.th ผู้จัดทำรายงาน : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. 1. นางสาวสุธาทิพย์ คล้ายเหล็ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ : 0 2590 1213 E-mail: khilaileng@moph.mail.go.th 2. นางสาวณัฐธิดา จันทร์ทอง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์ : 0 2590 2210 E-mail: natnicha-chan@moph.go.th 3. นายสุทธิรักษ์ สงกา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ : 0 2590 1201 E-mail: health-cirt@moph.go.th				

หมวด	ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล		
แผนที่	10. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ		
โครงการที่	21. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	28. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA 28.1 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA 28.2 ร้อยละของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน และหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก		
คำนิยาม	28.1 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเองมากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566-2580) (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ประเด็น (21) การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนนขึ้นไป โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
		94	100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม 2. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล 3. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นการพัฒนาในด้านคุณธรรมและความโปร่งใสอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มารับบริการ ประชาชน และสังคมมีส่วนร่วมในการประเมินมากขึ้น		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รวมทั้งสิ้น จำนวน 17 หน่วยงาน ประกอบด้วย 1. ส่วนราชการระดับกรม จำนวน 10 หน่วยงาน 2. หน่วยงานของรัฐในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 หน่วยงาน 3. องค์การมหาชน จำนวน 2 หน่วยงาน 4. รัฐวิสาหกิจ จำนวน 1 หน่วยงาน		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย 17 หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลตามเครื่องมือการประเมิน ITA และตามปฏิทินการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569			
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	- จัดส่งปฏิทินการประเมิน - จัดการอบรมเกณฑ์การประเมิน ITA 2569	- ลงทะเบียนเข้าใช้งานในระบบ ITAS - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT)	- เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT)	- ศปท.สธ. รายงานผลคะแนนในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 - สรุปรายงานผลการประเมิน
แหล่งข้อมูล	1. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) 2. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) 3. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ 85 คะแนนขึ้นไป (ใน 1 ปี) (จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 85 คะแนน)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (17 หน่วยงาน)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A × 100 / B			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	- จัดส่งปฏิทินการประเมิน - จัดการอบรมเกณฑ์การประเมิน ITA 2569	- ลงทะเบียนเข้าใช้งานในระบบ ITAS - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT)	- เก็บข้อมูลแบบวัดการรับรู้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดการรับรู้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT) - เก็บข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT)	- รายงานผลคะแนนในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 - สรุปรายงานผลการประเมิน

วิธีการประเมินผล :	1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดเก็บข้อมูลประกอบด้วย (1) แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) (2) แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) และ (3) แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) ตามปฏิทินการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช.ในระบบ ITAS ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 2. รายงานในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ในไตรมาสที่ 4 3. สรุปรายงานผลการประเมิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ในไตรมาสที่ 4				
เอกสารสนับสนุน :	1. ประกาศสำนักงาน ป.ป.ช. เรื่อง การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) 2. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) 3. แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) 4. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT) 5. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศรองรับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment System : ระบบ ITAS) 6. คู่มือการประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ของสำนักงาน ป.ป.ช.				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	ร้อยละหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	64.70 (11 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ไม่ผ่านเกณฑ์	94.12 (16 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ผ่านเกณฑ์	94.12 (16 หน่วยงาน จาก 17 หน่วยงาน) ผ่านเกณฑ์
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางเบญจมาพร วนาภัทรพันธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1330 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ 2. นางสาวพรนิดา นาคทับทิม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1330 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ชื่อ – สกุล นางเบญจมาพร วนาภัทรพันธุ์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1330 โทรศัพท์มือถือ : 08-0447-4846 โทรสาร : 0 2590 1330 E-mail : mophita2558@gmail.com สถานที่ทำงาน: ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข				

คำนิยาม	28.2 ร้อยละของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน และหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันพระบรมราชชนก หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง หน่วยงานที่ได้รับจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการขนาดใหญ่ที่มีวงเงินจัดซื้อจัดจ้างตั้งแต่ 500 ล้านบาทขึ้นไป ตามที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายถึง หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการตรวจสอบตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 มาตรา 79 บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด การเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก หมายถึง การพัฒนาและยกระดับความรู้ ความสามารถ และทักษะของบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อให้สามารถ คาดการณ์ ระบุ และจัดการความเสี่ยงจากการทุจริตได้ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุ หรือในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นให้เกิดระบบและวัฒนธรรมองค์กรที่โปร่งใสและตรวจสอบได้				
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" data-bbox="448 1205 1126 1305"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 69</th><th>ปีงบประมาณ 70</th></tr> <tr> <td>85</td><td>90</td></tr> </table>	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	85	90
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70				
85	90				
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมให้ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และได้รับการตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 2. เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขมีระบบการป้องกันและเฝ้าระวังการทุจริตเชิงรุก โดยการสร้างเครือข่ายหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานโครงการขนาดใหญ่ให้เป็นไปตามเกณฑ์ชี้วัดความเสี่ยงเชิงนโยบายในการดำเนินโครงการขนาดใหญ่				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันพระบรมราชชนก 2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการขนาดใหญ่ที่มีวงเงินจัดซื้อจัดจ้างตั้งแต่ 500 ล้านบาทขึ้นไป				

	ตามที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลจากรายงานผลการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ. 2569 ของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด โดยเปรียบเทียบกับแผนการตรวจสอบที่ได้รับอนุมัติ 2. รวบรวมข้อมูลผลการประเมินระบบการควบคุมภายในของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบสอบถามการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน 3. รวบรวมข้อมูลผลการตรวจสอบภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) มิติด้านระบบการควบคุมภายใน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน 4. รวบรวมข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานภายใต้แผนบูรณาการต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ของกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันพระบรมราชชนก และหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการขนาดใหญ่ที่มีวงเงินจัดซื้อจัดจ้างตั้งแต่ 500 ล้านบาทขึ้นไป ตามที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 85 ขึ้นไป		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100		
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569		
เกณฑ์การประเมิน :			
การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- จัดประชุมชี้แจงหลักเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดให้ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทราบ - กำหนดวิธีการและช่องทางการจัดส่งข้อมูล - รายงานแผนการตรวจสอบภายในของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเสนอหัวหน้ากลุ่ม	- สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจสอบภายในของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด รอบ 6 เดือน เสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการสนับสนุน	- กำกับ ติดตามการรายงานผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจสอบภายในของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข - กำกับ ติดตามการตรวจสอบภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA)	- สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจสอบภายในของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด รอบ 12 เดือน เสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุข - รวบรวมข้อมูลการประเมินผล

ตรวจสอบภายใน	การตรวจสอบภายในเชิงรุกและปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับแผนที่ได้รับอนุมัติ - สรุปและวิเคราะห์ผลการประเมินระบบการควบคุมภายในของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งระบุจุดแข็งและเสนอแนวทางการปรับปรุงให้กับส่วนราชการทุกแห่ง และเสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบ	มิติด้านระบบการควบคุมภายใน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	ระบบการควบคุมภายในของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข - ข้อมูลการประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อสรุปคะแนนผลการประเมินตามตัวชี้วัด - สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบ โดยสะท้อนความเสี่ยง และให้ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ประกอบการปรับปรุง แก้ไขการดำเนินงานของส่วนราชการให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น - ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 85 ขึ้นไป
--------------	--	--	--

การเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โครงการเสริมสร้างเครือข่ายธรรมาภิบาลด้วยป้อมนำปราบเพื่อสาธารณสุขใสสะอาด			
- แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานในการจัดเตรียมขั้นตอนการดำเนินงาน - วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยงเพื่อกำหนดประเด็นเป้าหมายที่จะนำไปใช้ในการเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก	- กำหนดแผนการเข้าเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก - ดำเนินการตามแผนการเข้าเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก	- ดำเนินการตามแผนการเข้าเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก	- สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนการเข้าเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุกเสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบ พร้อมทั้งสะท้อนความเสี่ยง และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขการ

			ดำเนินงาน - ส่วนราชการสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การประเมินร้อยละ 85 ขึ้นไป	
โครงการติดตามและประเมินผลการประเมินความเสี่ยงการทุจริตเชิงนโยบายในการดำเนินโครงการขนาดใหญ่ (หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการขนาดใหญ่ที่มีวงเงินจัดซื้อจัดจ้างตั้งแต่ 500 ล้านบาทขึ้นไป)				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
- ทบทวนแนวทางการประเมินความเสี่ยงตามคู่มือการประเมินตามเกณฑ์ชี้วัดความเสี่ยงการทุจริตเชิงนโยบายในการดำเนินโครงการขนาดใหญ่ - วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยงเพื่อกำหนดประเด็นการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์ชี้วัดความเสี่ยงการทุจริตเชิงนโยบายในการดำเนินโครงการขนาดใหญ่	- ดำเนินการประเมินหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการขนาดใหญ่ที่มีวงเงินจัดซื้อจัดจ้างตั้งแต่ 500 ล้านบาทขึ้นไป	- ดำเนินการประเมินหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการขนาดใหญ่ที่มีวงเงินจัดซื้อจัดจ้างตั้งแต่ 500 ล้านบาทขึ้นไป	- สรุปผลการดำเนินการประเมินความเสี่ยงหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการขนาดใหญ่ที่มีวงเงินจัดซื้อจัดจ้างตั้งแต่ 500 ล้านบาทขึ้นไป เสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบ พร้อมทั้งสะท้อนความเสี่ยง และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน - หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 85 ขึ้นไป	
วิธีการประเมินผล :	1. สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจสอบภายใน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สรุปและวิเคราะห์ผลการประเมินระบบการควบคุมภายในของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลการประเมินผลระบบการควบคุมภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน			

	3. สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนบูรณาการต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569				
เอกสารสนับสนุน :	1. แผนการตรวจสอบภายใน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ของส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดที่ได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ 2. รายงานสรุปผลการตรวจสอบภายใน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 แบบสอบทานการประเมินระบบการควบคุมภายใน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 3. รายงานผลการวิเคราะห์และสรุปผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน 4. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนบูรณาการต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน และหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวรณมล อยู่ภาค หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1545 โทรศัพท์มือถือ : 09 2246 0751 / 08 1519 6097 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : wanon2512@hotmail.com กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นางสมบุรณ์ สิงห์พรม นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งผู้ตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวง (นักวิชาการตรวจสอบภายในเชี่ยวชาญ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1512 โทรศัพท์มือถือ : 08 1887 8904 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : boon_2518@hotmail.com กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. นางสาวพรทิพย์ สมวัน นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรศัพท์มือถือ : 08 4835 1173 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : kawao2517@gmail.com ฝ่ายตรวจสอบกระทรวง กลุ่มตรวจสอบภายใน 4. นางสาวกาญจน์นภา แก้วคง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1512 โทรศัพท์มือถือ : 08 1710 1015 โทรสาร : 0 2590 2337 E-mail : 6399nong@gmail.com ฝ่ายตรวจสอบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตรวจสอบภายใน				

	5. นางสาวกนกวรรณ ธรรมศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2342 โทรสาร : 0 2590 2337 ฝ่ายตรวจสอบกระทรวง กลุ่มตรวจสอบภายใน	นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 6363 5922 E-mail : babe_phattalung@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางสาวบุรณ์ สิงห์พรม ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1512 โทรสาร : 0 2590 2337 กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นางสาวกาญจน์นภา แก้วคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1512 โทรสาร : 0 2590 2337 ฝ่ายตรวจสอบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตรวจสอบภายใน 3. นางสาวพรทิพย์ สมวัน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรสาร : 0 2590 2337 ฝ่ายตรวจสอบกระทรวง กลุ่มตรวจสอบภายใน 4. นางสาวสุดิศา แสงเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรสาร : 0 2590 2337 ฝ่ายตรวจสอบกระทรวง กลุ่มตรวจสอบภายใน 5. นางสาวกนกวรรณ ธรรมศิริ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2342 โทรสาร : 0 2590 2337 ฝ่ายตรวจสอบกระทรวง กลุ่มตรวจสอบภายใน 6. นางสาวไพไลวรรณ บุญอดุลย์รัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรสาร : 0 2590 2337 ฝ่ายตรวจสอบกระทรวง กลุ่มตรวจสอบภายใน 7. ว่าที่ร้อยตรีวิรุฬห์ บุญสิงห์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 2341 โทรสาร : 0 2590 2337 ฝ่ายตรวจสอบกระทรวง กลุ่มตรวจสอบภายใน 8. นายณัฐพล สุขปราศรัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1546 โทรสาร : 0 2590 1522 ฝ่ายมาตรฐานและนวัตกรรมการตรวจสอบ กลุ่มตรวจสอบภายใน	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งผู้ตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวง (นักวิชาการตรวจสอบ ภายในเชี่ยวชาญ) โทรศัพท์มือถือ : 08 1887 8904 E-mail : boon_2518@hotmail.com นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 1710 1015 E-mail : 6399nong@gmail.com นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 4835 1173 E-mail : kawao2517@gmail.com นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 9478 7114 E-mail : sudtida44@hotmail.com นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 6363 5922 E-mail : babe_phattalung@hotmail.com นักวิชาการตรวจสอบภายในปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 09 0969 2997 E-mail : vivean_b9@hotmail.com นักวิชาการตรวจสอบภายในปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 08 4422 6663 E-mail : viroon2525@gmail.com นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 09 0967 5588 E-mail : toeykung.sukprasai@gmail.com

หมวด	ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล						
แผนที่	10. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ						
โครงการที่	22. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ						
ชื่อตัวชี้วัด	29. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน 29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน 29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน 29.3 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย มีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน						
คำนิยาม	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 12 เขตสุขภาพ จำนวน 134 แห่ง (ข้อมูลสถานบริการจากฐานข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เดือนมกราคม 2568) - โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 12 เขตสุขภาพ จำนวน 760 แห่ง (ไม่รวม รพ.ชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง จำนวน 10 แห่ง) (ข้อมูลสถานบริการจากฐานข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เดือนมกราคม 2568) - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย จำนวน 59 แห่ง มาตรฐานคุณภาพ หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพสถานบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA ขึ้นมาตรฐานและขึ้นก้าวหน้า หรือ 2. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ หรือ 3. มาตรฐานการรับรองโรงพยาบาล Joint Commission International (JCI) ระดับ Full Accreditation 1. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th><th>มาตรฐาน HA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ขั้นมาตรฐาน</td><td>โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน</td></tr> <tr> <td>ขั้นก้าวหน้า</td><td>การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองขั้นก้าวหน้าได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและความพร้อมในการพัฒนามีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป</td></tr> </tbody> </table> 2. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการส่งเสริม สนับสนุน พัฒนา และมีการประเมินผลรับรองผลการดำเนินงานพัฒนาสถานพยาบาลตามกฎหมายประกาศบังคับใช้กับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เป็นมาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2549 ประกาศบังคับใช้กับสถานพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศ (ทุกสังกัด ทุกกระทรวง) โดยเนื้อหาในมาตรฐานครอบคลุมใน 9 ด้าน ดังนี้	ระดับ	มาตรฐาน HA	ขั้นมาตรฐาน	โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน	ขั้นก้าวหน้า	การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองขั้นก้าวหน้าได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและความพร้อมในการพัฒนามีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป
ระดับ	มาตรฐาน HA						
ขั้นมาตรฐาน	โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน						
ขั้นก้าวหน้า	การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองขั้นก้าวหน้าได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและความพร้อมในการพัฒนามีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป						

	ด้านที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ ด้านที่ 2 ด้านการบริการสุขภาพ ด้านที่ 3 ด้านอาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านที่ 5 ด้านความปลอดภัย ด้านที่ 6 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านที่ 7 ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ ด้านที่ 8 ด้านสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านที่ 9 ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ การประเมินระดับการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ <table border="1" data-bbox="379 629 1520 1377"> <thead> <tr> <th data-bbox="379 629 571 707">ระดับ</th><th data-bbox="571 629 1520 707">มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="379 707 571 936">ระดับพื้นฐาน</td><td data-bbox="571 707 1520 936">สถานพยาบาลเน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา/ความเสี่ยง การให้บริการและการดูแลสถานที่และสภาพแวดล้อม หามาตรการป้องกันและดำเนินการต่อเนื่อง มีแผนการบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้าง กายภาพ และมีกำลังคนที่ชัดเจน ซึ่งสถานพยาบาลเองต้องมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพื้นฐาน คือ มีคะแนนด้านใดด้านหนึ่งจาก 9 ด้าน ต่ำกว่า 60%</u></td></tr> <tr> <td data-bbox="379 936 571 1182">ระดับพัฒนา</td><td data-bbox="571 936 1520 1182">สถานพยาบาลมีการเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกันทุกหน่วยภายในองค์กร เน้นการนำข้อมูลวิชาการ และมาตรฐานในแต่ละด้านมาสู่การปฏิบัติ มีการติดตาม บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพัฒนา คือ มีคะแนนทุกด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป</u></td></tr> <tr> <td data-bbox="379 1182 571 1377">ระดับคุณภาพ</td><td data-bbox="571 1182 1520 1377">สถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพครบถ้วน มีรูปธรรมของการพัฒนาที่ชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับคุณภาพ คือ มีคะแนนในทุกด้าน ทั้ง 9 ด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 85 % ขึ้นไป</u></td></tr> </tbody> </table> 3. มาตรฐานการรับรองโรงพยาบาล Joint Commission International (JCI) เป็นมาตรฐานที่อยู่ในการกำกับดูแลของ The Joint Commission ซึ่งเป็นสถาบันของสหรัฐอเมริกา ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ประเมินทั้งหมด 8 ด้าน ซึ่งครอบคลุมทุกแง่มุมของการบริหารและการให้บริการในโรงพยาบาล โดยแต่ละด้านมีความสำคัญในการพัฒนาและรักษาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ดังนี้: 3.1 การดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety and Quality of Care) 3.2 การบริหารจัดการองค์กร (Governance, Leadership and Direction) 3.3 การบริหารจัดการทรัพยากร (Facility Management and Safety) 3.4 การให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาล (Medical and Nursing Care) 3.5 การจัดการข้อมูลและการสารสนเทศ (Information Management) 3.6 การศึกษาและการพัฒนาบุคลากร (Staff Education and Training) 3.7 การประเมินผลและการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement) 3.8 การดูแลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)	ระดับ	มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ	ระดับพื้นฐาน	สถานพยาบาลเน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา/ความเสี่ยง การให้บริการและการดูแลสถานที่และสภาพแวดล้อม หามาตรการป้องกันและดำเนินการต่อเนื่อง มีแผนการบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้าง กายภาพ และมีกำลังคนที่ชัดเจน ซึ่งสถานพยาบาลเองต้องมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพื้นฐาน คือ มีคะแนนด้านใดด้านหนึ่งจาก 9 ด้าน ต่ำกว่า 60%</u>	ระดับพัฒนา	สถานพยาบาลมีการเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกันทุกหน่วยภายในองค์กร เน้นการนำข้อมูลวิชาการ และมาตรฐานในแต่ละด้านมาสู่การปฏิบัติ มีการติดตาม บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพัฒนา คือ มีคะแนนทุกด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป</u>	ระดับคุณภาพ	สถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพครบถ้วน มีรูปธรรมของการพัฒนาที่ชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับคุณภาพ คือ มีคะแนนในทุกด้าน ทั้ง 9 ด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 85 % ขึ้นไป</u>
ระดับ	มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ								
ระดับพื้นฐาน	สถานพยาบาลเน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา/ความเสี่ยง การให้บริการและการดูแลสถานที่และสภาพแวดล้อม หามาตรการป้องกันและดำเนินการต่อเนื่อง มีแผนการบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้าง กายภาพ และมีกำลังคนที่ชัดเจน ซึ่งสถานพยาบาลเองต้องมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพื้นฐาน คือ มีคะแนนด้านใดด้านหนึ่งจาก 9 ด้าน ต่ำกว่า 60%</u>								
ระดับพัฒนา	สถานพยาบาลมีการเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกันทุกหน่วยภายในองค์กร เน้นการนำข้อมูลวิชาการ และมาตรฐานในแต่ละด้านมาสู่การปฏิบัติ มีการติดตาม บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพัฒนา คือ มีคะแนนทุกด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป</u>								
ระดับคุณภาพ	สถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพครบถ้วน มีรูปธรรมของการพัฒนาที่ชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับคุณภาพ คือ มีคะแนนในทุกด้าน ทั้ง 9 ด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 85 % ขึ้นไป</u>								

	การแบ่งระดับการรับรอง (Accreditation Levels) มีดังนี้ :													
	ระดับ	มาตรฐานการรับรองโรงพยาบาล JCI												
	1	ระดับไม่ผ่านการรับรอง (Non-Accredited) หมายถึง องค์กรที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานของ JCI จะไม่ได้รับการรับรองใดๆ												
	2	ระดับการรับรองเบื้องต้น (Provisional Accreditation) หมายถึง เป็นการรับรองแบบเบื้องต้นที่ให้แกโรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานทั้งหมดได้ในช่วงแรก แต่ต้องปรับปรุงตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด												
	3	ระดับการรับรองแบบมีเงื่อนไข (Conditionally Accredited) หมายถึง เป็นระดับที่ให้การรับรองเฉพาะในบางส่วนของการทำงาน อาจมีบางจุดที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดได้ แต่ได้รับการยอมรับในบางด้าน โดยจะต้องปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ												
	4	ระดับการรับรองเต็มรูปแบบ (Full Accreditation) หมายถึง โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองในระดับนี้แสดงถึงความพร้อมและความสามารถในการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพที่สูงและครอบคลุมทุกด้าน												
เกณฑ์เป้าหมาย :														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th><th>ปีงบประมาณ 2569</th><th>ปีงบประมาณ 2570</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td></tr> <tr> <td>2. โรงพยาบาลชุมชน (ไม่รวม รพ. F3 ไม่มีเตียง)</td><td>ร้อยละ 92</td><td>ร้อยละ 94</td></tr> <tr> <td>3. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และ กรมอนามัย</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>			ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	2. โรงพยาบาลชุมชน (ไม่รวม รพ. F3 ไม่มีเตียง)	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	3. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และ กรมอนามัย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570												
1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100												
2. โรงพยาบาลชุมชน (ไม่รวม รพ. F3 ไม่มีเตียง)	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94												
3. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และ กรมอนามัย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100												
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล HA ขึ้นมาตรฐานและขึ้นก้าวหน้า หรือ ผ่านมาตรฐาน 9 ด้านกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและไว้วางใจได้ในระดับสากล หรือ ผ่านมาตรฐาน Joint Commission International (JCI) ระดับ Full Accreditation 2. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการ													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กองบริหารการสาธารณสุข จัดเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA (ไม่มีขึ้น ขึ้นพัฒนาขั้นที่ 1 ขึ้นพัฒนาขั้นที่ 2 ขึ้นมาตรฐาน และขึ้นก้าวหน้า) และมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ 9 ด้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา และระดับคุณภาพ) จากรายงานผลการประเมินและรับรองสถานพยาบาลตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) (ระดับ Non-Accredited, Provisional Accreditation, Conditionally Accredited และ Full Accreditation) จากเว็บไซต์ JCI													
แหล่งข้อมูล	1. เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA (ไม่มีขึ้น ขึ้นพัฒนาขั้นที่ 1 ขึ้นพัฒนาขั้นที่ 2 ขึ้นมาตรฐาน และขึ้นก้าวหน้า) 2. รายงานผลการประเมินและรับรองสถานพยาบาลตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ข้อมูลสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน 9 ด้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา และระดับคุณภาพ)													

	3. เว็บไซต์ JCI (https://www.premierhealthcareproject.com/) ข้อมูลสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) (ระดับ Non-Accredited, Provisional Accreditation, Conditionally Accredited และ Full Accreditation)																				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน + ขึ้นก้าวหน้า + ได้รับการต่ออายุขึ้นมาตรฐาน/ขึ้นก้าวหน้า + ขึ้นมาตรฐาน/ขึ้นก้าวหน้า ที่หมดอายุและอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ + ขึ้นมาตรฐานที่อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองขึ้นก้าวหน้า หรือผ่านตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ หรือ ผ่านมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) ระดับ Full Accreditation																				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 135 แห่ง																				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน + ขึ้นก้าวหน้า + ได้รับการต่ออายุขึ้นมาตรฐาน/ขึ้นก้าวหน้า + ขึ้นมาตรฐาน/ขึ้นก้าวหน้า ที่หมดอายุและอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ + ขึ้นมาตรฐานที่อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองขึ้นก้าวหน้า หรือผ่านตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ (ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ที่ไม่มีเตียง) หรือ ผ่านมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) ระดับ Full Accreditation																				
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 760 แห่ง																				
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย ที่มีผลการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน + ขึ้นก้าวหน้า + ได้รับการต่ออายุขึ้นมาตรฐาน/ขึ้นก้าวหน้า + ขึ้นมาตรฐาน/ขึ้นก้าวหน้า ที่หมดอายุและอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ + ขึ้นมาตรฐานที่อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองขึ้นก้าวหน้า หรือผ่านตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ หรือ ผ่านมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) ระดับ Full Accreditation																				
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย จำนวน 59 แห่ง																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$ 3. $(E/F) \times 100$																				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (1 ตุลาคม 2568 – 30 กันยายน 2569)																				
เกณฑ์การประเมิน :																					
<table><tr><th>ประเภท</th><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td>โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข</td><td>ร้อยละ 97</td><td>ร้อยละ 98</td><td>ร้อยละ 99</td><td>ร้อยละ 100</td></tr><tr><td>โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข</td><td>ร้อยละ 89</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 91</td><td>ร้อยละ 92</td></tr><tr><td>โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย</td><td>ร้อยละ 97</td><td>ร้อยละ 98</td><td>ร้อยละ 99</td><td>ร้อยละ 100</td></tr></table>		ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 99	ร้อยละ 100	โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 89	ร้อยละ 90	ร้อยละ 91	ร้อยละ 92	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 99	ร้อยละ 100
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 99	ร้อยละ 100																	
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 89	ร้อยละ 90	ร้อยละ 91	ร้อยละ 92																	
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 99	ร้อยละ 100																	

วิธีการประเมินผล:	เงื่อนไข : 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 135 แห่ง (ข้อมูลสถานบริการจากฐานข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เดือนมกราคม 2568) 2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 760 แห่ง (ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ที่ไม่มีเตียง จำนวน 10 แห่ง) (ข้อมูลสถานบริการจากฐานข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เดือนมกราคม 2568) 3. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย จำนวน 59 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 31 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 19 แห่ง (จากทั้งหมด 20 แห่ง ซึ่งไม่รวมโรงพยาบาลจิตเวช พิษณุโลก เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่) - โรงพยาบาลสังกัดกรมอนามัย จำนวน 7 แห่ง (จากทั้งหมด 14 แห่ง ซึ่งไม่รวมโรงพยาบาลที่ไม่มีเตียง จำนวน 7 แห่ง) 4. ผ่านการรับรองขั้นมาตรฐาน + ขั้นก้าวหน้า + ขั้นมาตรฐาน/ขั้นก้าวหน้า ที่หมดอายุและอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ + ขั้นมาตรฐานที่อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองขั้นก้าวหน้า 5. ผ่านตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ 6. ผ่านการรับรองตามมาตรฐาน JCI: (Joint Commission International) ชั้น Full Accreditation																												
เอกสารสนับสนุน :	1. เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA (ไม่มีชั้น ขั้นพัฒนาขั้นที่ 1 ขั้นพัฒนาขั้นที่ 2 ขั้นมาตรฐาน และขั้นก้าวหน้า) 2. รายงานผลการประเมินและรับรองสถานพยาบาลตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ข้อมูลสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน 9 ด้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา และระดับคุณภาพ) 3. เว็บไซต์ JCI : https://www.jointcommissioninternational.org ข้อมูลสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) (ระดับ Non-Accredited, Provisional Accreditation, Conditionally Accredited และ Full Accreditation)																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2565</th><th>2566</th><th>2567</th><th>2568</th></tr><tr><td>ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน</td><td>ร้อยละ</td><td>ร้อยละ 100.00 (121/121 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2565</td><td>ร้อยละ 99.21 (125/126 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2566</td><td>ร้อยละ 98.43 (125/127 แห่ง) ณ 30 ก.ย. 2567</td><td>ร้อยละ 97.8 (131/134 แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68</td></tr><tr><td>ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน</td><td>ร้อยละ</td><td>ร้อยละ 92.41 (694/751 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2565</td><td>ร้อยละ 92.59 (686/749 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2566</td><td>ร้อยละ 87.80 (669/762 แห่ง) ณ 30 ก.ย. 2567</td><td>ร้อยละ 87.7 (665/758แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68</td></tr><tr><td>ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค</td><td>ร้อยละ</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 98 (49/50 แห่ง)</td><td>ร้อยละ 98.1 (51/52แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				2565	2566	2567	2568	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน	ร้อยละ	ร้อยละ 100.00 (121/121 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2565	ร้อยละ 99.21 (125/126 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2566	ร้อยละ 98.43 (125/127 แห่ง) ณ 30 ก.ย. 2567	ร้อยละ 97.8 (131/134 แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน	ร้อยละ	ร้อยละ 92.41 (694/751 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2565	ร้อยละ 92.59 (686/749 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2566	ร้อยละ 87.80 (669/762 แห่ง) ณ 30 ก.ย. 2567	ร้อยละ 87.7 (665/758แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68	ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค	ร้อยละ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 98 (49/50 แห่ง)	ร้อยละ 98.1 (51/52แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																									
		2565	2566	2567	2568																								
ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน	ร้อยละ	ร้อยละ 100.00 (121/121 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2565	ร้อยละ 99.21 (125/126 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2566	ร้อยละ 98.43 (125/127 แห่ง) ณ 30 ก.ย. 2567	ร้อยละ 97.8 (131/134 แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68																								
ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน	ร้อยละ	ร้อยละ 92.41 (694/751 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2565	ร้อยละ 92.59 (686/749 แห่ง) ณ 31 พ.ค.2566	ร้อยละ 87.80 (669/762 แห่ง) ณ 30 ก.ย. 2567	ร้อยละ 87.7 (665/758แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68																								
ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค	ร้อยละ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 98 (49/50 แห่ง)	ร้อยละ 98.1 (51/52แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68																								

	และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน		(49/49 แห่ง) ณ 31 พ.ค. 2565	(50/50 แห่ง) ณ 31 พ.ค. 2566	ณ 30 ก.ย. 2567	
	ร้อยละของโรงพยาบาลใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HS4 ระดับ คุณภาพ	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 9.30 (88/946 แห่ง) ณ 30 ก.ย. 2567	
	ร้อยละของโรงพยาบาลใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง JCI	ร้อยละ	-	ร้อยละ 0.34 (รพร. กระนวน/ รพร.ท่า บ่อ/รพ. ชลบุรี)	-	
	ร้อยละของโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรอง ตามมาตรฐาน					ร้อยละ 97.76 (131/134 แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68
	ร้อยละของโรงพยาบาล ชุมชน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรอง ตามมาตรฐาน					ร้อยละ 88.68 (674/760 แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68
	ร้อยละของโรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ กรม ควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย มีคุณภาพ ผ่านการรับรองตาม มาตรฐาน					ร้อยละ 89.83 (53/59 แห่ง) ณ 30 เม.ย. 68
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กองบริหารการสาธารณสุข 1. นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ นิตการุญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1755 โทรสาร : 0 2590 1631 1802 2. นางณัฐธินา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 โทรสาร : 0 2590 1631 3. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631					
	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : - หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809 E-mail : Nuttina24@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205 E-mail : Mophtailand2019@gmail.com					

	4. นางสาวสุชาดา ข้ามสี่ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 กรมการแพทย์ 1. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6132 2. นายเจษฎา แสงชูโต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6138 โทรสาร : 0 2591 8234 3. ว่าที่ร้อยตรีหัตถพล บัวขาว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6137 โทรสาร : 0 2591 8234 กรมควบคุมโรค 1. นางสาวอัจฉรา บุญชุม โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3395 โทรสาร : 0 2590 3268 2. นายธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3347 โทรสาร : 0 2590 3348 กรมสุขภาพจิต 1. นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง โทรศัพท์มือถือ 09 0197 9302 E-mail: standard.dmh@gmail.com 2. นางณัฐยาณ์ พงศ์พิยะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8225 โทรสาร : 0 2149 5533 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 1. นายอดุลย์ ขมิ้นเขียว โทรศัพท์มือถือ 08 6245 2882 2. นายสละ กลสิวัตร โทรศัพท์มือถือ 06 1417 3181 3. นายอัคนรงค์ อัครนิโรธ โทรศัพท์มือถือ 06 3789 3787 กรมอนามัย 1. นายแพทย์ สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7539 9460 โทรสาร : 0 7539 9124 2. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหารกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4234 JCI Asia-Pacific Offices ที่อยู่ Level 21 Centennial Tower 3, Temasek Avenue, Singapore 039190 โทรศัพท์ที่ทำงาน 065 6829 7208 โทรสาร 065 6826 4181 E-mail: https://www.jointcommissioninternational.org/contact-us/	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568 E-mail : suchada.kms@gmail.com โทรสาร : 0 2591 8234 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9512 9222 E-mail : saraban_psd@dms.mail.go.th นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 08 2357 0577 E-mail : saraban_psd@dms.mail.go.th รักษาการผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โทรศัพท์มือถือ : 09 4261 5169 E-mail : Achara.mam@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 2446 6539 E-mail : tod_114@hotmail.com นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ โทรสาร : 0 2149 5533 นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ 08 1551 2496 E-mail : standard.dmh@gmail.com ผู้อำนวยการกองวิศวกรรมการแพทย์ วิศวกรไฟฟ้าชำนาญการพิเศษ นายช่างไฟฟ้าปฏิบัติงาน
--	--	--

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข 1. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 โทรสาร : 0 2590 1631 2. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 3. นางสาวสุชาดา ข้ามสี่ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809 E-mail : Nuttina24@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205 E-mail : Mophthailand2019@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568 E-mail : suchada.kms@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	กองบริหารการสาธารณสุข 1. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1648 โทรสาร : 0 2590 1631 2. นางสาวธิดารัตน์ อนุรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 3. นางสาวสุชาดา ข้ามสี่ โทรศัพท์ที่ทำงาน. 0 2590 1642 โทรสาร : 0 2590 1631 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 7682 8809 E-mail : Nuttina24@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 09 2249 1205 E-mail : Mophthailand2019@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 08 7360 6568 E-mail : suchada.kms@gmail.com

หมวด	ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล
แผนที่	10. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	23. โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	30. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (RLU hospital Plus) ตามที่กำหนด 30.1 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 30.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน 30.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 30.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน 30.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 30.6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 30.7 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน 30.8 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 30.9 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน 30.10 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
คำนิยาม	1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (Rational Laboratory Use, RLU) หมายถึง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ 2. เขตสุขภาพที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (RLU region public health) หมายถึง เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (RLU hospital Plus) อย่างน้อยร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพ 3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และได้รับตรวจติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c, LDL และ Creatinine ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c และ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5 เพื่อเป็นการลดการส่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็น ในอีกทางหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c, LDL และ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย 4. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับตรวจติดตามภาวะโรคความดันโลหิตสูงด้วยการตรวจ Cholesterol และ Triglyceride ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรได้รับการตรวจ Cholesterol และ Triglyceride ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5 เพื่อเป็นการลดการส่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็น ในอีกทางหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการตรวจ

Cholesterol และ Triglyceride อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย		
เกณฑ์เป้าหมาย :		
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
30.1. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	มี RLU hospital Plus อย่างน้อยร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด (452 โรงพยาบาล) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)	มี RLU hospital Plus อย่างน้อยร้อยละ 65 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด (587 โรงพยาบาล) (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)
30.2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4
30.3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
30.4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4
30.5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
30.6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
30.7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4
30.8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
30.9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4
30.10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	1. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล ในระดับเขตสุขภาพ 2. เพื่อส่งเสริมการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทั้งด้าน Overutilization และ Underutilization	

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เขตสุขภาพที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของอำเภอตามแนวทางที่กำหนด
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพที่ 1-12 หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด และอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาล และ/ หรือสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่เกณฑ์กำหนด*
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพทั้งหมด (เฉพาะเขตสุขภาพ 1 – 12 ไม่รวมเขตสุขภาพ 13)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด $(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 1	C = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน $(C/D) \times 100$
รายการข้อมูล 1	E = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c
รายการข้อมูล 2	F = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(E/F) \times 100$
รายการข้อมูล 1	G = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	H = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน $(G/H) \times 100$
รายการข้อมูล 1	I = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL
รายการข้อมูล 2	J = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(I/J) \times 100$
รายการข้อมูล 1	K = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Creatinine
รายการข้อมูล 2	L = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 6	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง $(K/L) \times 100$
รายการข้อมูล 1	M = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน
รายการข้อมูล 2	N = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจ Cholesterol ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 7	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน $(M/N) \times 100$
รายการข้อมูล 1	O = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol
รายการข้อมูล 2	P = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด

Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10	Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 7	Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 6	Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5		
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมากกว่าร้อยละ 20	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมากกว่าร้อยละ 35	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมากกว่าร้อยละ 60	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70		
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 6	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5		
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมากกว่าร้อยละ 20	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมากกว่าร้อยละ 35	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมากกว่าร้อยละ 60	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมากกว่าร้อยละ 70		
วิธีการประเมินผล :	เขตสุขภาพที่ 1-12 โรงพยาบาล และ สสจ. รายงานผล ผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ตามระบบรายงานที่กำหนด ส่วนกลาง ประมวลข้อมูล เพื่อจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ และคืนกลับข้อมูลให้พื้นที่ ในลักษณะ dashboard				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) https://rluthailand.com/				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital)	จำนวน	23	90	894 ข้อมูล ณ วันที่ 1 ส.ค. 2568
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ	-	9.34	6.50 ข้อมูล ณ วันที่ 1 ส.ค. 2568
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 75	ร้อยละ	-	72.62	70.66 ข้อมูล ณ วันที่ 1 ส.ค. 2568
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ	-	-	-
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 75	ร้อยละ	-	-	-

	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่า ร้อยละ 75 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 75 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 75	ร้อยละ	-	-	-
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ	-	-	-
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 75	ร้อยละ	-	-	-
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ	-	-	-
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 75	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุรศักดิ์ หมื่นพล ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2589-9850-8 โทรศัพท์มือถือ : 0819654402 โทรสาร : 0-2951-1270 E-mail : surasak.m@dmsc.mail.go.th สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวพรรณนิภา ปัญญาสวัสดิ์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2951-0000 ต่อ 99760 โทรศัพท์มือถือ : 084-5114944 โทรสาร : - E-mail : pannipa.p@dmsc.mail.go.th สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์				

เกณฑ์ที่กำหนดการเป็น RLU hospital

กิจกรรม	หลักฐาน
บันไดขั้นที่ 1 กรรมการ RLU	
1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการ RLU และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก (อาจเรียกว่า Mr. RLU หรือ RLU coordinator ฯลฯ)	- มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการ RLU ที่เป็นสหสาขา ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารสูงสุด - มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักหรือผู้ประสานงานด้าน RLU ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด - มีรายงานการประชุม / มติ / การนำไปปฏิบัติ
1.2 จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU hospital ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล	- มีประกาศเจตนารมณ์หรือนโยบาย RLU ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารสูงสุดลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร - หลักฐานการสื่อสาร ที่ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
บันไดขั้นที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล	
2.1 วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสังตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization)	- มีหลักฐานการประชุมและมติ รายงานผลวิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือกโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสังตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization) - มีบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization)
บันไดขั้นที่ 3 กำหนดมาตรการเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization	
3.1 กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization	มีหลักฐานแสดงมาตรการ หรือประกาศ หรือแนวทางของโรงพยาบาลที่กำหนดในการปฏิบัติงาน
3.2 กำหนดมาตรการ โดยใช้ระบบ IT*	มีหลักฐานแสดงการใช้ระบบ IT ในการกำหนดมาตรการ เช่น Pop up แจ้งเตือนการส่งตรวจซ้ำ
3.3 ประกาศมาตรการ*	มีหลักฐานแสดงการสื่อสารไปที่สหวิชาชีพ
บันไดขั้นที่ 4 การประเมินผล	
4.1 มีการกำหนดตัวชี้วัด และการประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization)	- มีหลักฐานการกำหนดเป็นตัวชี้วัด RLU ของโรงพยาบาลที่ระบุเป้าหมาย วัดผลได้ ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร - มีหลักฐานการประเมินผลตัวชี้วัด RLU
4.2 มีการติดตามตัวชี้วัด โดยใช้ระบบ IT*	แสดงผลการติดตามตัวชี้วัดโดยใช้ระบบ IT

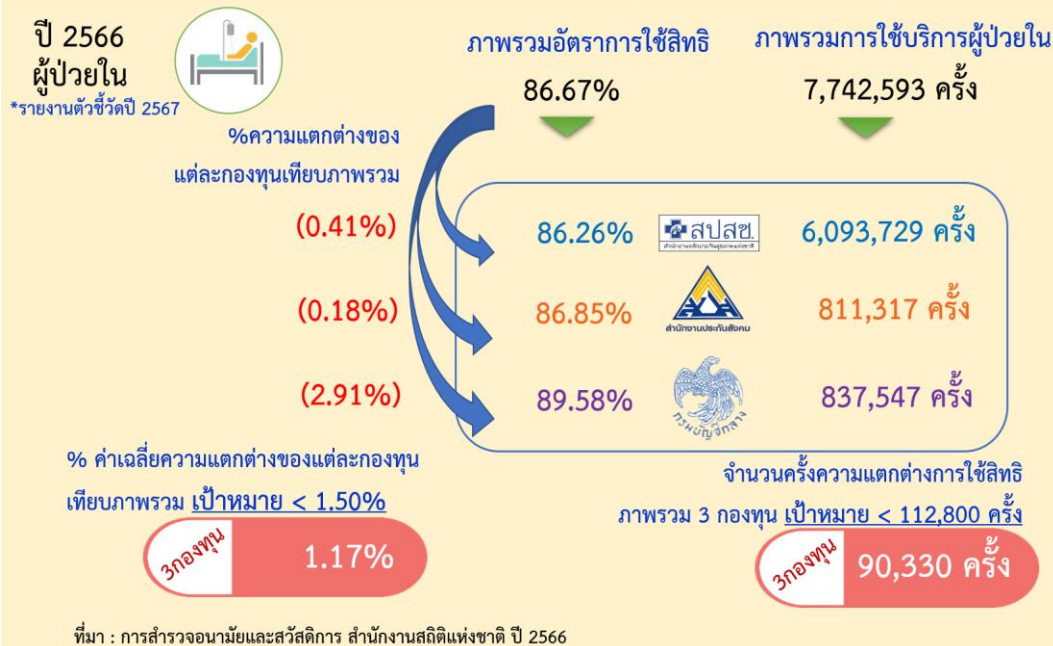
หมายเหตุ ควรเพิ่มโรค ภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา overutilization และ/หรือ underutilization ทุกปี

* โรงพยาบาลที่ถูกประเมินให้เป็น RLU hospital Plus

หมวด	ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล								
แผนงานที่	11. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ								
โครงการที่	24. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของกองทุนหลักประกันสุขภาพ								
ระดับการแสดงผล	ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	31. ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)								
คำนิยาม	อัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate : CR) หมายถึง การใช้สิทธิของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน เทียบกับผู้ที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่มีสิทธิในระบบนั้น ๆ จากการสำรวจภายในช่วงเวลาที่กำหนด ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td><td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td><td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง		
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง							
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ ▪ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) ▪ ระบบประกันสังคม (SSS) ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำรวจทุก 2 ปีคู่ ได้ผลการวิเคราะห์ในปีถัดไป เช่น ผลสำรวจฯ ในปี 2566 จะรายงานในปี 2567 และปี 2568 ผลสำรวจในปี 2568 จะรายงานในปี 2569 และ 2570)								
แหล่งข้อมูล	สำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health Welfare Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ								
รายการข้อมูล 1	1.1 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) : CR-UCS 1.2 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบประกันสังคม (SSS): CR-SSS 1.3 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS): CR-CSMBS 1.4 อัตราการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในภาพรวมของทั้ง 3 ระบบ: CR-Total								
รายการข้อมูล 2	ค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ 2.1 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) 2.2 ระบบประกันสังคม (SSS): Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), 2.3 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total)								

รายการข้อมูล 3	3. ค่าเฉลี่ยของ ค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ: ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) }								
รายการข้อมูล 4	4.1 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS): UR-IP-UCS 4.2 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบประกันสังคม (SSS): UR-IP-SSS 4.3 จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS): UR-IP-CSMBS 4.4 ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ: ผลรวม { UR-IP-UCS , UR-IP-SSS , UR-IP-CSMBS }								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ของค่าสัมบูรณ์ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิในแต่ละระบบ เทียบกับ อัตราการใช้สิทธิภาพรวมของ 3 ระบบ คูณ ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ : ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) } * { UR-IP-UCS , UR-IP-SSS , UR-IP-CSMBS }								
ระยะเวลาประเมินผล	สิ้นปีงบประมาณ								
เกณฑ์การประเมิน :									
<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>-</td><td>-</td><td>-</td><td><=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง						
วิธีการประเมินผล :	1. อัตราความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate) ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) } <=1.5% 2. จำนวนครั้งความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าเฉลี่ย { Absolute Diff (CR-UCS, CR-Total) , Absolute Diff (CR-SSS, CR-Total), Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-Total) } * { UR-IP-UCS , UR-IP-SSS , UR-IP-CSMBS } <= 112,800 ครั้ง								
เอกสารสนับสนุน :									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน									

ความแตกต่างการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



รายการ1

ปี	64*	65**	66**	67***
CR-UCS	85.26%	88.49%	88.49%	86.26%
CR-SSS	87.36%	90.66%	90.66%	86.85%
CR-CSMBS	92.34%	87.05%	87.05%	89.58%
CR-Total	86.15%	88.72%	88.72%	86.67%

รายการ2

อัตราร้อยละ	64*	65**	66**	67***
Absolute Diff (CR-UCS, CR-total)	0.89%	0.23%	0.23%	0.42%
Absolute Diff (CR-SSS, CR-total)	1.20%	1.94%	1.94%	0.18%
Absolute Diff (CR-CSMBS, CR-total)	6.19%	1.67%	1.67%	2.90%
รายการ3: ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ (Compliance Rate)	2.76%	1.28%	1.28%	1.17%

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

* ผลสำรวจ ในปี 2562 จะรายงานตัวชีวิตในปี 2563 และปี 2564

** ผลสำรวจ ในปี 2564 จะรายงานตัวชีวิตในปี 2565 และปี 2566

***ผลสำรวจ ในปี 2566 จะรายงานตัวชีวิตในปี 2567 และปี 2568 (ผลสำรวจในปี 2568 จะรายงานตัวชีวิตในปี 2569 และ 2570)

รายการ 4

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

หมายเหตุ: รายงานตัวชีวิตในปีปัจจุบัน จะใช้จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ย้อนหลัง 1 ปี เนื่องจากการวิเคราะห์จะแล้วเสร็จในปีถัดไป

รายการ 5

	จำนวนครั้ง	ผลการดำเนินงานตัวชีวิต			
		2564	2565	2566	2567
	ค่าเฉลี่ยอัตราความแตกต่างการใช้สิทธิ * ผลรวมจำนวนครั้งการใช้บริการ ผู้ป่วยในของทั้ง 3 ระบบ	204,936	93,789	101,934	90,330
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชีวิต	ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เงามะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถานที่ทำงาน : สปสช.	ตำแหน่ง : ผู้เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เงามะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถานที่ทำงาน : สปสช.	ตำแหน่ง : ผู้เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th			
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เงามะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถานที่ทำงาน : สปสช.	ตำแหน่ง : ผู้เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th			

หมวด	ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล					
แผนงานที่	11. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ					
โครงการที่	24. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของกองทุนหลักประกันสุขภาพ					
ระดับการแสดงผล	ประเทศ					
ชื่อตัวชี้วัด	32. ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)					
คำนิยาม	ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ประกอบด้วย (1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (2) สิทธิประกันสังคม (3) สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (4) ผู้ประกันตนคนพิการ (5) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (6) สิทธิครูเอกชน (7) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เปรียบเทียบกับประชากรไทยที่ลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1) - (7) และ (8) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (9) บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน รอยืนยันสิทธิ (10) คนไทยในต่างประเทศ					
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td><td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70					
ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)					
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความสามารถในการเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ (1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (2) สิทธิประกันสังคม (3) สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (4) ผู้ประกันตนคนพิการ (5) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (6) สิทธิครูเอกชน (7) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (8) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (9) บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน รอยืนยันสิทธิ (10) คนไทยในต่างประเทศ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลการลงทะเบียนสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลการลงทะเบียนสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ					
รายการข้อมูล 1	A = ประชากรไทยที่ลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย (1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (2) สิทธิประกันสังคม (3) สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (4) ผู้ประกันตนคนพิการ (5) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (6) สิทธิครูเอกชน (7) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ					

รายการข้อมูล 2	B = ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย (1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (2) สิทธิประกันสังคม (3) สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (4) ผู้ประกันตนคนพิการ (5) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (6) สิทธิครูเอกชน (7) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (8) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (9) บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน รอยืนยันสิทธิ (10) คนไทยในต่างประเทศ																																																																														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) = (A / B) * 100																																																																														
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส																																																																														
เกณฑ์การประเมิน :																																																																															
<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>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td><td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td><td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td><td>ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)																																																																						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																																																												
ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)																																																																												
วิธีการประเมินผล :	1. อัตราความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ไม่น้อยกว่า 99.55% 2. ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน																																																																														
เอกสารสนับสนุน :																																																																															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน																																																																															
<table><tr><th>สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ</th><th>ปี 2564</th><th>ปี 2565</th><th>ปี 2566</th><th>ปี 2567</th><th>ปี 2568</th></tr><tr><td>1 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ</td><td>47,555,113</td><td>47,179,787</td><td>46,934,110</td><td>46,802,360</td><td>46,921,134</td></tr><tr><td>2 สิทธิประกันสังคม</td><td>12,464,007</td><td>12,754,427</td><td>12,853,541</td><td>12,766,841</td><td>12,817,608</td></tr><tr><td>3 สิทธิสวัสดิการข้าราชการ</td><td>5,273,511</td><td>5,297,740</td><td>5,320,944</td><td>5,461,690</td><td>5,399,981</td></tr><tr><td>4 ผู้ประกันตนคนพิการ</td><td>13,923</td><td>12,919</td><td>12,431</td><td>11,502</td><td>12,075</td></tr><tr><td>5 สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น</td><td>630,414</td><td>639,557</td><td>681,009</td><td>684,172</td><td>687,570</td></tr><tr><td>6 สิทธิครูเอกชน</td><td>86,861</td><td>76,528</td><td>81,319</td><td>65,272</td><td>71,976</td></tr><tr><td>7 บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ</td><td>538,508</td><td>729,019</td><td>718,732</td><td>707,911</td><td>715,945</td></tr><tr><td>8 ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ</td><td>187,816</td><td>197,902</td><td>203,805</td><td>148,738</td><td>94,251</td></tr><tr><td>9 บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ)</td><td>90,584</td><td>85,034</td><td>80,560</td><td>74,893</td><td>77,465</td></tr><tr><td>10 คนไทยในต่างประเทศ</td><td>11,841</td><td>11,070</td><td>10,432</td><td>9,441</td><td>9,907</td></tr><tr><td>ตัวตั้ง: ผู้ลงทะเบียนสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1+2+3+4+5+6+7)</td><td>66,562,337</td><td>66,689,977</td><td>66,602,086</td><td>66,626,289</td><td>66,499,748</td></tr><tr><td>ตัวหาร: รวมผู้มีสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10)</td><td>66,852,578</td><td>66,983,983</td><td>66,896,883</td><td>66,807,912</td><td>66,732,820</td></tr></table>		สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	1 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ	47,555,113	47,179,787	46,934,110	46,802,360	46,921,134	2 สิทธิประกันสังคม	12,464,007	12,754,427	12,853,541	12,766,841	12,817,608	3 สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	5,273,511	5,297,740	5,320,944	5,461,690	5,399,981	4 ผู้ประกันตนคนพิการ	13,923	12,919	12,431	11,502	12,075	5 สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น	630,414	639,557	681,009	684,172	687,570	6 สิทธิครูเอกชน	86,861	76,528	81,319	65,272	71,976	7 บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	538,508	729,019	718,732	707,911	715,945	8 ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ	187,816	197,902	203,805	148,738	94,251	9 บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ)	90,584	85,034	80,560	74,893	77,465	10 คนไทยในต่างประเทศ	11,841	11,070	10,432	9,441	9,907	ตัวตั้ง: ผู้ลงทะเบียนสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1+2+3+4+5+6+7)	66,562,337	66,689,977	66,602,086	66,626,289	66,499,748	ตัวหาร: รวมผู้มีสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10)	66,852,578	66,983,983	66,896,883	66,807,912	66,732,820
สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568																																																																										
1 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ	47,555,113	47,179,787	46,934,110	46,802,360	46,921,134																																																																										
2 สิทธิประกันสังคม	12,464,007	12,754,427	12,853,541	12,766,841	12,817,608																																																																										
3 สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	5,273,511	5,297,740	5,320,944	5,461,690	5,399,981																																																																										
4 ผู้ประกันตนคนพิการ	13,923	12,919	12,431	11,502	12,075																																																																										
5 สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น	630,414	639,557	681,009	684,172	687,570																																																																										
6 สิทธิครูเอกชน	86,861	76,528	81,319	65,272	71,976																																																																										
7 บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	538,508	729,019	718,732	707,911	715,945																																																																										
8 ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ	187,816	197,902	203,805	148,738	94,251																																																																										
9 บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ)	90,584	85,034	80,560	74,893	77,465																																																																										
10 คนไทยในต่างประเทศ	11,841	11,070	10,432	9,441	9,907																																																																										
ตัวตั้ง: ผู้ลงทะเบียนสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1+2+3+4+5+6+7)	66,562,337	66,689,977	66,602,086	66,626,289	66,499,748																																																																										
ตัวหาร: รวมผู้มีสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10)	66,852,578	66,983,983	66,896,883	66,807,912	66,732,820																																																																										

ครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) (ตัวตั้ง / ตัวหาร *100)					
		99.57	99.56	99.56	99.73
					99.65
ที่มา: ฐานข้อมูลการลงทะเบียนสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ ฝ่ายบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568					
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เถาวะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถานที่ทำงาน : สปสช.	ตำแหน่ง : ผู้เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เถาวะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถานที่ทำงาน : สปสช.	ตำแหน่ง : ผู้เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th			
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	ชื่อ – สกุล : อมรรัตน์ เถาวะบุญพัฒน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : สถานที่ทำงาน : สปสช.	ตำแหน่ง : ผู้เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 061-3985708 E-mail : amornrat.n@nhso.go.th			

หมวด	ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล					
แผนที่	11. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ					
โครงการที่	25. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง					
ระดับการแสดงผล	ประเทศ					
ชื่อตัวชี้วัด	33. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)					
คำนิยาม	หน่วยบริการ หมายถึง หมายถึง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เกณฑ์การให้คะแนน หมายถึง การประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ Total Performance Score (TPS) ที่ผ่านเกณฑ์ ดี และดีมาก <u>ผ่านเกณฑ์</u> A = ดีมาก (≥ 12 คะแนน) B = ดี (≥ 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน) <u>ไม่ผ่านเกณฑ์</u> C = พอใช้ (≥ 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน) D = ปรับปรุง (≥ 7.5 คะแนน แต่ < 9 คะแนน) F = ไม่ผ่าน (< 7.5 คะแนน) การประเมินประสิทธิภาพ หมายถึง การประเมินประสิทธิภาพผลการดำเนินงานในภาพรวมของหน่วยบริการ แบ่งเป็น - ด้านกระบวนการ (Process Indicators) - การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน - การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน - การบริหารจัดการ ได้แก่ ต้นทุนและค่าใช้จ่าย, ผลผลิต (Productivity) - ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน - ความสามารถในการทำกำไร - การวัดสภาพคล่องทางการเงิน ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) หมายถึง หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ≥ 10.5 คะแนน					
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td></tr><tr><td>ร้อยละ 55</td><td>ร้อยละ 60</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570					
ร้อยละ 55	ร้อยละ 60					
วัตถุประสงค์	- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง - เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	www.hfo.moph.go.th รายไตรมาส					
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ≥ 10.5 คะแนน					

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
ร้อยละ 55		ร้อยละ 55		ร้อยละ 55	
รอบ 12 เดือน		ร้อยละ 55			
วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์				
เอกสารสนับสนุน :	รายงานการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) รายไตรมาส				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ≥ 10.5 คะแนน	ร้อยละ	Q1 = 32 Q2 = 36 Q3 = 40 Q4 = 36	Q1 = 49 Q2 = 51 Q3 = 51 Q4 = 46	Q1 = 51 Q2 = 55 Q3 = 54 Q4 = 38.8
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวปิยาภรณ์ ยิ้มศิริวัฒนะ ตำแหน่ง : นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901797 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : higmoph@gmail.com สถานที่ทำงาน : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวเอื้ออารีย์ ได้เกียรติเจริญ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02- 5901574				

หมวด	ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ					
แผนที่	12. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย					
โครงการที่	26. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์					
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ					
ชื่อตัวชี้วัด	34. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด					
คำนิยาม	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงามได้รับมาตรฐานด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยคิดจากผลงานสะสม 3 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568) มาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง มาตรฐานการยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) โดยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายต้องผ่านการรับรองตามเกณฑ์การตรวจประเมิน 5 ด้าน					
เกณฑ์เป้าหมาย :						
<table><tr><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</td><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570</td></tr><tr><td>ร้อยละ 20 (142 แห่ง)</td><td>-</td></tr></table>			ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570	ร้อยละ 20 (142 แห่ง)	-
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570					
ร้อยละ 20 (142 แห่ง)	-					
หมายเหตุ: ค่าเป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 คิดจากผลการดำเนินงานสะสมรวมระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 จำนวน 707 แห่ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 20						
วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย ให้มีศักยภาพในการแข่งขันและส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานที่กำหนด รายงานเป็นรายไตรมาส					
แหล่งข้อมูล	กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดสะสมย้อนหลัง 3 ปี และของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2569)					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดสะสมย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	((A – B)/B) x 100					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส					

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. เจ้าหน้าที่สำหรับให้คำแนะนำและส่งเสริมสถานประกอบการระดับพรีเมียมได้รับการพัฒนาศักยภาพ 2. มีการประชาสัมพันธ์รับสมัครเข้ารับการประเมินรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) 5. ระบบประเมินตนเองและระบบสมัครออนไลน์	1. มีผู้สมัครเข้ารับการประเมินตนเองตามเกณฑ์ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีการออนไลน์ 2. แผนการตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามได้รับการตรวจประเมินตามแผนที่กำหนด	1. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามได้รับการตรวจประเมินตามแผนที่กำหนด 2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการรับรองการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินที่กำหนด อัตรา ร้อยละ 20	1. รายงานสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร 2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การตรวจการประเมินที่กำหนด ได้รับรางวัลสถานประกอบการระดับพรีเมียม (Premium Award) (จัดพิธีมอบรางวัลฯ)

วิธีการประเมินผล :

รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานที่กำหนด รอบ 5 เดือนและ 11 เดือน

เอกสารสนับสนุน :

เกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award))

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568					
		2566		2567		2568	
		จำนวน	อัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ	จำนวน	อัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ	จำนวน	อัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	แห่ง	139	496.42	222	132.93	346	88.94

หมายเหตุ: กรณีที่มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การวัด เปลี่ยนกลุ่มเป้าหมาย เปลี่ยนพื้นที่ ให้ใช้ฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ:

1. นางสาวนันทรัตน์ พันธุ์เดช โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18428 E-mail: planspa2019@gmail.com	ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ: 08 8252 3486 สถานที่ทำงาน: กลุ่มแผนงานและประเมินผล
2. นายสุรเดช พรหมแดง โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18428 E-mail: planspa2019@gmail.com	ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ: 08 4164 1736 สถานที่ทำงาน: กลุ่มแผนงานและประเมินผล
3. นายอัศวพล ดีเลิศ โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18428 E-mail: planspa2019@gmail.com	ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: 09 6289 7498 สถานที่ทำงาน: กลุ่มแผนงานและประเมินผล

ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ: 1. นายพรเทพ ล้อมพรม โทรศัพท์: 02193 7000 ต่อ 18428 E-mail: pornteptaro@gmail.com ตำแหน่ง: ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ: 09 7098 6533 สถานที่ทำงาน: กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 2. นายอัศรพล ดีเลิศ โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18428 E-mail: planspa2019@gmail.com ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: 09 6289 7498 สถานที่ทำงาน: กลุ่มแผนงานและประเมินผล
--	---

หมวด	ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ
แผนที่	12. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่	26. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	35. ร้อยละที่เพิ่มของกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีศักยภาพในการแข่งขันในระบบเศรษฐกิจสุขภาพ [Proxy: ร้อยละของสถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ]
คำนิยาม	สถานพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการตรวจแรงงานต่างด้าว สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อเสริมความงาม ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ผู้ประกอบการ (Entrepreneur) ประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงาม และกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ดำเนินการ Nursing Home Care มีศักยภาพในการแข่งขัน หมายถึง การจัดบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในสถานพยาบาล การยกระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลหรือสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ การส่งเสริมผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพให้มีทักษะในการขับเคลื่อนธุรกิจ 1. <u>สถานพยาบาลเอกชน</u> ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนตามประกาศกรมจัดหางาน เรื่อง รายชื่อสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสถานพยาบาลเอกชน ที่จะตรวจสุขภาพคนต่างด้าว ซึ่งจะขอรับใบอนุญาตทำงานตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2567 ได้รับการตรวจมาตรฐานคุณภาพการให้บริการ ตามเกณฑ์กระบวนการควบคุม กำกับ มาตรฐานคุณภาพบริการ ตามมาตรา 45 ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 2. <u>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</u> ที่ได้รับรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 3. <u>ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ</u> ได้เตรียมความพร้อมเข้าสู่การบ่มเพาะเป็นผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่ ซึ่งต้องมีผลการประเมิน Wellness Literacy ระดับพื้นฐาน (Functional) ในระดับดีมาก หรือได้เข้าร่วมกิจกรรมด้านการตลาด หรือประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น Roadshow/ Business matching /E-marketing เป็นต้น Wellness Literacy แบ่งเป็น 3 ระดับทักษะ ดังนี้ ระดับพื้นฐาน (Functional) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจด้านบริการ Wellness และกฎหมายสำหรับผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่ <u>เกณฑ์การประเมิน:</u> • ไม่ผ่านเกณฑ์การอบรม คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 • ผ่านเกณฑ์การอบรมระดับดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 แต่ไม่ถึงร้อยละ 80 • ผ่านเกณฑ์การอบรมระดับดีมาก คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป <u>หมายเหตุ:</u> ผ่านเกณฑ์คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป สามารถเข้ารับการบ่มเพาะผู้ประกอบการ Wellness จากความร่วมมือหน่วยงาน Science Park ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive) ได้แก่ ความสามารถในการจัดทำแผนธุรกิจ และทักษะการนำเสนอ (Pitching skill) และการสื่อสารการตลาดเพื่อสร้างเครือข่าย

	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical) ได้แก่ ความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ ออกแบบบริการ Wellness หรือ นวัตกรรม Wellness หมายเหตุ: การเข้าร่วมกิจกรรมบ่มเพาะผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่ จากความร่วมมือกับหน่วยงาน Science Park ในระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical)														
เกณฑ์เป้าหมาย : ปีงบประมาณ 69 (ร้อยละ 10)															
ประเภท	2568	เป้าหมาย 2569 (เขตสุขภาพที่ 1 – 12 และกรุงเทพมหานคร) หน่วยวัด: แห่ง													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	กทม.	รวม
1. สถานพยาบาล	48	5													5
2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	346	35													35
3. ผู้ประกอบการฯ	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26
รวมทั้งสิ้น	394														66
ปีงบประมาณ 70 (ร้อยละ -)															
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริม พัฒนา และยกระดับ สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ให้มีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สถานพยาบาล 2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 3. ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานที่กำหนด รายงานเป็นรายไตรมาส														
แหล่งข้อมูล	1. สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมบริการแพทย์ครบวงจร (ข้อมูลระดับส่วนกลาง) 2. กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (ข้อมูลระดับส่วนกลาง) 3. กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ข้อมูลระดับส่วนกลาง) 4. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1 – 12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูลระดับส่วนภูมิภาค) 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ข้อมูลระดับส่วนภูมิภาค)														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) × 100														
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส														

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
1. เจ้าหน้าที่สำหรับให้คำแนะนำและส่งเสริมสถานประกอบการระดับพรีเมียมได้รับการพัฒนาศักยภาพ		1. มีผู้สมัครเข้ารับการประเมินตนเองตามเกณฑ์ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีการออนไลน์		1. สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจประเมินตามแผนที่กำหนด		1. รายงานสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร	
2. มีการประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้ารับการประเมินรางวัลพรีเมียม (Premium Award)		2. แผนการออกตรวจประเมินสถานพยาบาลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด		2. สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการรับรองการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินตามที่กำหนด		2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การตรวจการประเมินตามที่กำหนด ได้รับรางวัลสถานประกอบการระดับพรีเมียม (Premium Award) (จัดพิธีมอบรางวัล)	
3. ระบบประเมินตนเองและระบบสมัครออนไลน์		3. สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจประเมินตามแผนที่กำหนด		3. ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพที่มีผลการประเมิน Wellness Literacy ระดับพื้นฐาน (Functional) ในระดับดีมาก ได้รับการส่งเสริมให้เข้าสู่การพัฒนาในระบบศูนย์บ่มเพาะผู้ประกอบการของเครือข่าย Science Park		3. สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพและผู้ประกอบการฯ ได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ	
4. ฐานข้อมูลเพื่อการส่งเสริม พัฒนาศักยภาพสถานประกอบการของกลุ่มอุตสาหกรรม การแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ		4. เครือข่ายได้รับการสื่อสารในการสนับสนุนการดำเนินงานบ่มเพาะผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่ในพื้นที่เป้าหมาย				4. ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพเข้าร่วมกิจกรรมบ่มเพาะผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่	
5. Module การเรียนรู้แก่ผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านเวลเนส หรือ Wellness Literacy		5. ระบบแรงจูงใจผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพให้เข้าร่วมกิจกรรมบ่มเพาะผู้ประกอบการ Wellness รายใหม่ โดยความร่วมมือกับหน่วยงาน Science Park					
วิธีการประเมินผล :		รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานที่กำหนด รายงานเป็นรายไตรมาส					
เอกสารสนับสนุน :		-					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
					2566	2567	2568
		1. สถานพยาบาล		แห่ง	N/A	N/A	48
		2. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ		แห่ง	139	222	346
		3. ผู้ประกอบการฯ		แห่ง	N/A	N/A	N/A
		รวมทั้งสิ้น		แห่ง	139	222	394
หมายเหตุ:							
		1. ผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลจากกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ					
		2. ผลการดำเนินงานของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจากกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ					
		3. ผลการดำเนินงานของผู้ประกอบการฯ จากสำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร					

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมสุขภาพการแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ: 1. นางสาวศิริินภา สระทองหน ตำแหน่ง: นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18421 โทรศัพท์มือถือ: 09 3650 8942 E-mail: plan.medhub@gmail.com สถานที่ทำงาน: กลุ่มแผนงานและสารสนเทศ 2. นางสาวขวัญเรือน แสงไข ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18421 โทรศัพท์มือถือ: 09 4451 1263 E-mail: plan.medhub@gmail.com สถานที่ทำงาน: กลุ่มแผนงานและสารสนเทศ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรมสุขภาพการแพทย์ครบวงจร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ: 1. นางสาวกันยรัตน์ กุญสุวรรณ ตำแหน่ง: ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริม อุตสาหกรรมสุขภาพการแพทย์ครบวงจร โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ: 08 1902 5619 E-mail: kpoope@gmail.com สถานที่ทำงาน: สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรม สุขภาพการแพทย์ครบวงจร 2. นายจตุพร ทิพย์ทิมพร ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์: 02 193 7000 ต่อ 18401 โทรศัพท์มือถือ: - E-mail: hssjatuponn@gmail.com สถานที่ทำงาน: กลุ่มพัฒนาอุตสาหกรรม สุขภาพการแพทย์ครบวงจร 3. นางสาวภาณุมาศ จูประเสริฐ ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์: 0 2193 7000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ: 06 2786 3331 E-mail: phanumaswyte@gmail.com สถานที่ทำงาน: กลุ่มพัฒนาอุตสาหกรรม สุขภาพการแพทย์ครบวงจร 4. นางสาวภัคศรีณัฏธ์ณ์ ฉัตรวิริยโสภณ ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์: 0 2193 7000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ: 09 4485 9156 E-mail: mind.psrp@gmail.com สถานที่ทำงาน: กลุ่มพัฒนาอุตสาหกรรม สุขภาพการแพทย์ครบวงจร 5. นางสาวอัจฉราภรณ์ พวงบุตร ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์: 0 2193 7000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ: 09 2267 0528 E-mail: nunan-1991@hotmail.com สถานที่ทำงาน: กลุ่มพัฒนาอุตสาหกรรม สุขภาพการแพทย์ครบวงจร 6. นางสาวพิมพ์ชนก มิชสินธุ์ ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์: 0 2193 7000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ: 09 5553 4484 E-mail: synmicley@gmail.com สถานที่ทำงาน: กลุ่มพัฒนาอุตสาหกรรม สุขภาพการแพทย์ครบวงจร 7. นางสาวฐิติกานต์ พัฒนมาศ ตำแหน่ง: นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์: 0 2193 7000 ต่อ 18404 โทรศัพท์มือถือ: 09 2693 9099 E-mail: medicalhub.hss64@gmail.com สถานที่ทำงาน: สำนักส่งเสริมอุตสาหกรรม สุขภาพการแพทย์ครบวงจร

หมวด	ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ
แผนที่	12. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่	27. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	36. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก 36.1 ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต 36.2 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก
คำนิยาม	1) ผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในประเทศ และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของอย. ได้แก่ เครื่องมือแพทย์ อาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย 2) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน คือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในประเทศ โดยต้องเข้าข่ายคุณลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ 2.1) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548 2.2) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจรายย่อยและวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. 2562 2.3) ผู้ประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พ.ร.บ. โรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ซึ่งได้รับอนุญาตใหม่จาก อย. หรือ สสจ. 3) ได้รับการพัฒนามีศักยภาพในการส่งออก คือ ได้รับคำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบหลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานการผลิตต่าง ๆ หรือกิจกรรมส่งเสริมเพื่อให้สถานที่ผลิตได้มาตรฐานสากล เช่น GMP PIC/S HACCP หรือได้มาตรฐานของแต่ละประเทศที่จะส่งออก เป็นต้น

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71	ปีงบประมาณ 72
ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต 2,600 รายการ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากปี พ.ศ. 2568)	2,900 รายการ	-	-
ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการพัฒนาเพื่อการ ส่งออก 18 รายการ (ส่วนกลาง 6 รายการ และส่วนภูมิภาค 12 รายการ)	18 รายการ	18 รายการ	18 รายการ

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับอนุญาต 2. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาผู้ประกอบการให้มีศักยภาพในการส่งออก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	อย. จากส่วนกลาง เข้าระบบ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการอนุญาต B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนเป้าหมาย
สูตรคำนวณ 1	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 2	C = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก
สูตรคำนวณ 2	C
ระยะเวลาประเมินผล	6, 9 และ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต ร้อยละ 19 ของค่าเป้าหมาย (ทั้งประเทศ 500 รายการ)	ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต ร้อยละ 50 ของค่าเป้าหมาย (ทั้งประเทศ 1,300 รายการ)	ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต ร้อยละ 75 ของค่าเป้าหมาย (ทั้งประเทศ 1,950 รายการ)	ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต ร้อยละ 100 ของค่าเป้าหมาย (ทั้งประเทศ 2,600 รายการ)
กำหนดผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป้าหมายและจัดทำแผนการ พัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มี ศักยภาพในการส่งออก	ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการ พัฒนาเพื่อการส่งออก 2 รายการ	ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการ พัฒนาเพื่อการส่งออก 6 รายการ	ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการ พัฒนาเพื่อการส่งออก 18 รายการ

วิธีการประเมินผล :

จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการ ส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	รายการ	950	1,796	2,342
ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับ การพัฒนาเพื่อการส่งออก	รายการ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ผลิตภัณฑ์อาหาร

ชื่อ: นางสาวอรสา จงวรกุล ตำแหน่ง: นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 7206 / 0 2590 7214 โทรศัพท์มือถือ: -

โทรสาร: -

E-mail: planning.food@gmail.com

กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาหารและยา

2. ผลิตภัณฑ์ยา

ชื่อ: นางสาวอนงค์นาฏ สหวัชรินทร์ ตำแหน่ง: เภสัชกรชำนาญการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 7000 ต่อ 97341 โทรศัพท์มือถือ: -

โทรสาร: -

E-mail: anongnart@fda.moph.go.th

กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาหารและยา

3. ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์

ชื่อ: นางภาวิณี ส่งเสริม

ตำแหน่ง: เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 7149 โทรศัพท์มือถือ: -

โทรสาร: -

E-mail: pawineew@fda.moph.go.th

กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาหารและยา

4. ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง

ชื่อ: นางสาวปณณช เหล่ามีผล ตำแหน่ง: เภสัชกรชำนาญการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 7139 โทรศัพท์มือถือ: 08 9477 9393

โทรสาร: -

E-mail: poonyanuch.l@gmail.com

	กองควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 5. ผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย ชื่อ: รัศนันท ชัยพิริยะศักดิ์ ตำแหน่ง: เกสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 7385 โทรศัพท์มือถือ: 08 2235 5649 โทรสาร: - E-mail: floatnon@gmail.com กองควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 6. ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ชื่อ: นายธวัชชัย นาคราชนิยม ตำแหน่ง: เกสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 7000 ต่อ 71505 โทรศัพท์มือถือ: 08 5529 4656 โทรสาร: - E-mail: tnakarat@fda.moph.go.th กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 7. งานข้อมูล <table><tr><td>1. นางสาวปราษฎา</td><td>บุตรหงษ์</td><td>เกสัชกรชำนาญการ</td></tr><tr><td>2. นางสาวอรรรณ</td><td>ศิริเวทย์วุฒิ</td><td>นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ</td></tr><tr><td>3. นายทศพล</td><td>จันทร์เพ็ญ</td><td>นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ</td></tr></table> โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 7000 ต่อ 97397, 70603 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร: 0 2591 8484 E-mail: kb@fda.moph.go.th กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	1. นางสาวปราษฎา	บุตรหงษ์	เกสัชกรชำนาญการ	2. นางสาวอรรรณ	ศิริเวทย์วุฒิ	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ	3. นายทศพล	จันทร์เพ็ญ	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ
1. นางสาวปราษฎา	บุตรหงษ์	เกสัชกรชำนาญการ								
2. นางสาวอรรรณ	ศิริเวทย์วุฒิ	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ								
3. นายทศพล	จันทร์เพ็ญ	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ								
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<table><tr><td>1. นางสาวปราษฎา</td><td>บุตรหงษ์</td><td>เกสัชกรชำนาญการ</td></tr><tr><td>2. นางสาวอรรรณ</td><td>ศิริเวทย์วุฒิ</td><td>นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ</td></tr><tr><td>3. นายทศพล</td><td>จันทร์เพ็ญ</td><td>นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ</td></tr></table> โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 7000 ต่อ 97397, 70603 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร: 0 2591 8484 E-mail: kb@fda.moph.go.th กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	1. นางสาวปราษฎา	บุตรหงษ์	เกสัชกรชำนาญการ	2. นางสาวอรรรณ	ศิริเวทย์วุฒิ	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ	3. นายทศพล	จันทร์เพ็ญ	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ
1. นางสาวปราษฎา	บุตรหงษ์	เกสัชกรชำนาญการ								
2. นางสาวอรรรณ	ศิริเวทย์วุฒิ	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ								
3. นายทศพล	จันทร์เพ็ญ	นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ								
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	ชื่อ: นางสาวโชติมา ศิลาภัย ตำแหน่ง: นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 7000 ต่อ 70411 โทรศัพท์มือถือ: 09 2876 4273 โทรสาร: - E-mail: ormsin.chotima@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา									



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข