|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)** |
| **ระดับการแสดงผล** | **กระทรวง** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **13. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | **คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง** การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป  **คุณภาพ หมายถึง** มีผลการดำเนินการ ดังนี้  1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ....  2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA  **อำเภอ หมายถึง** เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :  - มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ  - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ 50   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 |   **หมายเหตุ :**  **เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)**  ร้อยละของอำเภอที่มี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ....ที่มีคุณภาพร้อยละ 50  (อำเภอที่มีคุณภาพ คือ อำเภอที่มี DHS ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปตามแนวทาง DHS-PCA เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพจาก Service Plan จน ถึงตำบลจัดการคุณภาพชีวิต)  **เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)**  การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่ | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง) |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | การรายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health  Board : พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) × 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) | มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น | มีการดำเนินการ  การบริหารจัดการ  สร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการ  บูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน | มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลัง ร้อยละ 50 |   **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 60 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 70 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 80 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board :  พชอ.)  2. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับ  อำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง  3. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์  การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับ  ทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยม  ระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit) |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ  พ.ศ. ....  2. คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ  3. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | |  |  |  |  |  | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.กิตติ กรรภิรมย์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 5  ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901761 โทรศัพท์มือถือ : 090-1069466  โทรสาร : 02-5901802 E-mail : kittisny@gmail.com  **กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  2. นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536  โทรสาร : 02-5901239 E-mail : yyt2508@gmail.com  3. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ  ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536  โทรสาร : 02-5901239 E-mail : peed.pr@hotmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองบริหารการสาธารณสุข  สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย  สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296454  โทรสาร : 02-5901631 E-mail : kavalinc@hotmail.com  2. นางสมสินี เกษมศิลป์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 081-7472052  โทรสาร : 02-5901631 E-mail : somnee@hotmail.com  3. นางเอื้อมพร จันทร์ทองนักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 081-1316800  โทรสาร : 02-5901239 E-mail : dhb.moph@gmail.com  4. นายทองดี มุ่งดี นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 โทรศัพท์มือถือ : 094-2490555  โทรสาร : 02-5901501 E-mail : mungdee@health.moph.go.th |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **14. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง** |
| **คำนิยาม** | **ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง** สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วย  **ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง** ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ  **ทีมปฏิบัติการ/ส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) หมายถึง** ทีมภาคสนามที่สามารถลงพื้นที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคและภัยสุขภาพที่ลงปฏิบัติการ เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ  **Incident Action Plan (IAP) หมายถึง** แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ  **จังหวัด** **ได้แก่** จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 95 | ร้อยละ 100 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | จังหวัดทุกจังหวัด |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด |
| **แหล่งข้อมูล** | ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนจังหวัดที่มี EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561 - 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 และ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 |   **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 85 |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 90 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 95 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 100 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | **ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)**  ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย  ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้  ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้  ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้  ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้  (ร้อยละ 85)  **ปี 2561** ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)  **ปี 2562** ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90)  **ปี 2563** ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95)  **ปี 2564** ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 90 |  | **ขั้นตอนที่** | **รายละเอียดการดำเนินงาน** | **เอกสาร/หลักฐาน**  **ประกอบการประเมินผล** | | --- | --- | --- | | 1 | ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร | - หลักฐานรายชื่อ นพ.สสจ. หรือ รอง นพ.สสจ. ที่รับผิดชอบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านการฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร (จำนวน 9 ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุมโรค) อย่างน้อยจังหวัดละ 2 คน | | 2 | จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข | - รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ | | 3 | จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยจังหวัดละ 3 คน และ ภาวะฉุกเฉินจังหวัดละ 4 คน) | - รายชื่อการจัดเวร SAT ภาวะปกติประจำเดือน/ปีงบประมาณ 2561  - รายชื่อการจัดทำทะเบียน SAT ภาวะฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2561 โดยชื่อไม่ซ้ำกับ SAT ภาวะปกติ  - สามารถจัดทำ Outbreak Verification list ทุกสัปดาห์  - สามารถจัดทำ Spot Report ได้ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด  - ผู้มีรายชื่อปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านการฝึกปฏิบัติ SA ตามเวรประจำสัปดาห์ (ที่ กรมควบคุมโรค หรือ สคร.) หรือ ผ่านอบรมแนวทางการปฏิบัติงาน | | 4 | วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด | - มีรายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด ตาม template ที่กรมควบคุมโรคกำหนด | | 5 | ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด มีการซ้อมแผน หรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่ | - มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือซ้อมแผน โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการ  เหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับ  ปรับปรุง)  2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์  ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค  3. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ร้อยละ 85 ของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง | ร้อยละ | - | - | 80 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางวัชรี แก้วนอกเขา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5901784 E-mail : wacharr@hotmail.com  2. นางสาวบวรวรรณ ดิเรกโภค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศัพท์มือถือ : 083-8318999  โทรสาร : 02-5901784 E-mail : borworn67@gmail.com  3. น.ส.ธนัชชา ไทยธนสาร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศัพท์มือถือ : 090-7066550  โทรสาร : 02-5901784 E-mail : milkthanatcha@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางวัชรี แก้วนอกเขา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5901784 E-mail :wacharr@hotmail.com  2. น.ส.บวรวรรณ ดิเรกโภค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศัพท์มือถือ : 083-8318999  โทรสาร : 02-5901784 E-mail : borworn67@gmail.com  3. น.ส.ธนัชชา ไทยธนสาร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901793 โทรศัพท์มือถือ : 090-7066550  โทรสาร : 02-5901784 E-mail : milkthanatcha@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **23. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital** |
| **คำนิยาม** | **โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง** โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **ระดับพื้นฐาน** | | | **ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา** | | | 1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร | | | **ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN** | | | G: GARBAGE | 2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 | | 3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอย อื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ | | R: RESTROOM | 4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคาร ผู้ป่วยนอก | | E: ENERGY | 5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการ ที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร | | E: ENVIRONMENT | 6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับริการ | | 7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ | | N: NUTRITION | 8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับพื้นฐาน | | 9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย | | 10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน | | **ระดับดี** | | |  | 11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ | | 12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD) | | **ระดับดีมาก** | | |  | 13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน | | 14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | - ร้อยละ 20  ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก  - โรงพยาบาล  ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ  1 แห่ง | - ร้อยละ 40  ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก | - ร้อยละ 60  ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก  - โรงพยาบาลต้นแบบ อย่างน้อยจังหวัดละ  1 แห่ง | - ร้อยละ 80  ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม  ได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์ แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 20 ของเดือน  3. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และส่งรายงาน รายเดือน ให้กรมอนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) ผ่านระบบ  ศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติการ (DOC) กรมอนามัย เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการข้อมูล 1** | A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN  ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน  A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN  ผ่านเกณฑ์ระดับดี  A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN  ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ((A1+A2+A3)/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป  ((A2+A3)/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป  (A3/B) X 100 = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | เดือนละ 1 ครั้ง |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับพื้นฐานขึ้นไป  ร้อยละ 90 | 1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับพื้นฐานขึ้นไป  ร้อยละ 95  2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีขึ้นไป  ร้อยละ 50 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับพื้นฐานขึ้นไป  ร้อยละ 100 | 1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก ร้อยละ 20  2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ  1 แห่ง |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับพื้นฐานขึ้นไป  ร้อยละ 100 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป  ร้อยละ 75 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก  ร้อยละ 40 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน  (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100 | 1. โรงพยาบาลผ่าน  เกณฑ์ฯระดับดีมาก  ร้อยละ 60  2. โรงพยาบาลต้นแบบ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ทุกจังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน  (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  ระดับดีมาก ร้อยละ 70 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก ร้อยละ 80 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล  2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนา  อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital  3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital  2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล  3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ประเภท สถาน พยาบาล** | **จำนวน (แห่ง)** | **โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ** | | | | | | | **การจัดการ มูลฝอย ติดเชื้อ (แห่ง)** | **ร้อยละ** | **การดำเนินกิจกรรม GREEN (แห่ง)** | **ร้อยละ** | **การดำเนินกิจกรรม GREEN**  **และ การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ (แห่ง)** | **ร้อยละ** | | รพศ. | 28 | 28 | 100 | 17 | 60.7 | 17 | 60.7 | | รพท. | 88 | 86 | 97.7 | 49 | 55.7 | 48 | 54.6 | | รพช. | 780 | 720 | 92.3 | 288 | 36.9 | 275 | 35.3 | | **รวม** | **896** | **834** | **93.1** | **354** | **39.5** | **340** | **37.9** |   **หมายเหตุ :** 1. ข้อมูลโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรม GREEN&CLEAN Hospital “โครงการ สาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็น มิตรกับสิ่งแวดล้อม”  2. ข้อมูลไม่รวมการดำเนินงานของโรงพยาบาลกรมสังกัดวิชาการ กระทรวง สาธารณสุข |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ  1. นางปรียานุช บูรณะภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904261 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904255 E-mail: preeyanuch.b@anamai.mail.go.th  2. นายประโชติ กราบกราน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904128 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904128 E-mail : prachot.k@anamai.mail.go.th  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด  1. นางสาวมลฤดี ตรีวัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904255 E-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th  2. นางพรสุดา ศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904316 E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th  **สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางณีรนุช อาภาจรัส หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904316 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904316 E-mail : a.neeranuch@gmail.com  2. นางพรสุดา ศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904317 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5904316 E-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th  3. นายเชิดศักดิ์ โกศัลวัฒน์ นักวิชาการสาธาณสุขปฎิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904253 โทรศัพท์มือถือ : -  โทรสาร : 02-5904255 E-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th  **สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต และ ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **25. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)** |
| **คำนิยาม** | **ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง** การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ เป็นเครือข่ายการดูประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลประชาชนประมาณ 10,000 คน ± 20%  **ประกอบด้วย** แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตาภิบาล 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน แพทย์แผนไทย 1 คน รวมทีมให้บริการ 3 ทีม (ตามบริบทของพื้นที่ของอำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ 1 คนเภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน (ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2561 อาจเริ่มต้นที่ 50%)  **พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง** จำนวนทีม  ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 10 ปี |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 36  (1,170 ทีม)  (เป้าหมายสะสม)  เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม | ร้อยละ 57  (1,853 ทีม) | ร้อยละ 78  (2,535 ทีม) | ร้อยละ 100  (3,250 ทีม) | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพศ./รพท./รพช/รพ.สต ในจังหวัด/เขตสุขภาพ 12 เขต |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ระบบลงทะเบียน |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการ  การแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมายรวม 1,170 ทีม  (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2561 จำนวน = 574 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2560 จำนวน 596 ทีม) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย  (ปี 2564 = 3,250 ทีม) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 724 ทีม  (สะสม) | 788 ทีม  (สะสม) | 1,044 ทีม  (สะสม) | 1,170 ทีม (สะสม)  36 % |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | 57 % |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | 78 % |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | 100 % | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ลงประเมินในพื้นที่ของแต่ละระดับ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | ระบบลงทะเบียน |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | - | - | - | ตั้งเป้าไว้ 48ทีมและทำได้ตามเป้าแล้วคิดเป็น 1.48 % | เปิดดำเนินการได้ 596 ทีม คิดเป็น 18.34% | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. พญ.ดวงดาว ศรียากูล รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบ  ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 โทรศัพท์มือถือ : 081-5332724  โทรสาร : 02-5901501 E-mail : duangdao170@gmail.com  **สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.บุญชัย ธีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 3  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901484 โทรศัพท์มือถือ : 089-8561767  โทรสาร : E-mail :boonchai65@gmail.com  **กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข**  2. พญ.ดวงดาว ศรียากูล นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 โทรศัพท์มือถือ : 081-5332724  โทรสาร : 02-5901501 E-mail : duangdao170@gmail.com  **สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว**  **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  3.นางจารุณี จันทร์เพชร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901504 โทรศัพท์มือถือ : 081-7333082  โทรสาร : 02-5901501 E-mail : jchanphet@gmail.com  **สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว**  **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)**  **29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)**  **29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)** |
| **คำนิยาม** | **29.1 RDU** เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU1 และ RDU2  **- RDU 1 หมายถึง** โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย  **- RDU 2 หมายถึง** หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย**ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล** มี 3 ระดับดังนี้   * **RDU ขั้นที่ 1 หมายถึง** การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้  |  |  | | --- | --- | | **RDU 1 (รพ.)** | **RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)** | | 1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ   4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3  5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 | 1. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค |  * **RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง** การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้  |  |  | | --- | --- | | **RDU 1** | **RDU 2** | | 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin\*, statins, ergots (\* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) | 1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค |  * **RDU ขั้นที่ 3 หมายถึง** มีการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้  |  |  | | --- | --- | | **RDU 1** | **RDU 2** | | โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้   1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด | 1. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค |   **29.2 AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล** ซึ่งดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรมสำคัญ ดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **กิจกรรม AMR** | | | **1** | กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR  โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR\* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาล (2) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (3) ประธาน Patient Care Team (PCT) (4) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (5) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (6) เภสัชกร (7) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง  หมายเหตุ  \* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (1) คณะกรรมการ AMR ที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นใหม่ หรือ (2) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ | | **2** | การควบคุม กำกับ และดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล  โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, Third and fourth generation of cephalosporins, Fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibiotor (BLBI) เช่น Cefoperazone-Sulbactam, Piperacillin/tazobactam, Amoxicillin-Clavulanic acid | | **3** | การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล  โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (1) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ 1 ครั้ง (2) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ 1 ครั้ง และ (3) รายการเชื้อก่อโรค และความไวยาของการ ติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง ปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของตนยังสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค | | **4** | การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ  4.1 โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้งและส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขตรับผิดชอบ | |  | 4.2 โรงพยาบาลจัดทำรายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด ได้แก่ *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Salmonella* spp.*, Enterococcus faecium และ Streptococcus pneumoniae* ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | | **5** | วิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ  โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | --- | --- | --- | --- | | RDU ขั้นที่ 1 80%  RDU ขั้นที่ 2 20% | RDU ขั้นที่ 2 80% | RDU ขั้นที่ 2 80%  RDU ขั้นที่ 3 20% | RDU ขั้นที่ 3 80% | | AMR: ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาล มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ |  |  |  | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา  2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **RDU :** โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ  ในเครือข่ายระดับอำเภอ  **AMR :** โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 2 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด |
| **รายการข้อมูล 3** | C = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ดำเนินกิจกรรม AMR ตามที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 4** | D = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | RDU : (A/B) x 100  AMR: (C/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | RDU ขั้นที่ 1 60%  RDU ขั้นที่ 2 5% | RDU ขั้นที่ 1 70%  RDU ขั้นที่ 2 10% | RDU ขั้นที่ 1 80%  RDU ขั้นที่ 2 15% | RDU ขั้นที่ 1 80%  RDU ขั้นที่ 2 20% | |  |  | AMR: ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ | AMR: ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | RDU ขั้นที่ 2 80% | |  |  |  |  |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | RDU ขั้นที่ 2 80%  RDU ขั้นที่ 3 20% | |  |  |  |  |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | RDU ขั้นที่ 3 80% | |  |  |  |  | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล |
| **เอกสารสนับสนุน :** | รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ข้อมูลไตรมาส 3/2560 | ร้อยละ | - | - | RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 41.56  RDU ขั้นที่ 2 ร้อยละ 0.56 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com  **กองบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และกิจกรรมข้อที่ 1-3 ของตัวชี้วัด AMR)**  2. นางวราภรณ์ เทียนทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980  โทรสาร : 02-5903443 E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com  **สถาบันบำราศนราดูร (กิจกรรมข้อที่ 4 ของตัวชี้วัด AMR)**  3. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541  โทรสาร : 02-9511486 E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th  **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (กิจกรรมข้อที่ 5 ของตัวชี้วัด AMR)**  4. นพ.ฐิติพงษ์ ยิ่งยง นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901795 โทรศัพท์มือถือ : 081-4543593  โทรสาร : 02-5901784 E-mail : thity\_24@yahoo.com  **สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (กิจกรรมข้อที่ 6 ของตัวชี้วัด AMR)** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (RDU/AMR) |

|  |  |
| --- | --- |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289  โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com  **กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (RDU/AMR)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **16. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขตสุขภาพ และ ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **48. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery** |
| **คำนิยาม** | **One Day Surgery (ODS) หมายถึง** การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน 12 โรค หัตถการตามรายละเอียดแนบท้าย  1. Inguinal hernia , Femoral hernia  2. Hydrocele  3. Hemorrhoid  4. Vaginal bleeding  5. Esophagogastric varices  6. Esophageal stricture  7. Esophagogastric cancer with obstruction  8. Colorectal polyp  9. Common bile duct stone  10. Pancreatic duct stone  11. Bile duct stricture  12. Pancreatic duct stricture |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 15 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 25 | ร้อยละ 30 |   **หมายเหตุ :** เกณฑ์เป้าหมายของปีงบประมาณ 2562 อาจจะปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของการประเมิน  โครงการปี 2561 | |
| **วัตถุประสงค์** | 1.ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่  จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน  2. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย  4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | เขตสุขภาพจัดเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | เขตบริการสุขภาพ , Health Data Center |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรค  ที่กำหนด (Principle diagnosis) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 2 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | ร้อยละ 15 |  | ร้อยละ 15 |   **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | ร้อยละ 20 |  | ร้อยละ 20 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | ร้อยละ 25 |  | ร้อยละ 25 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | ร้อยละ 30 |  | ร้อยละ 30 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1.คู่มือแนวทางการดำเนินงานOne Day Surgery (ODS)  2.คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2557** | **2558** | **2559** | | - | ร้อยละ | NA | NA | NA | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายทวี รัตนชูเอก  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548077 โทรศัพท์มือถือ : 081-8145705  โทรสาร : 02-3548146 E-mail : thawee1958@gmail.com  **โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์**  2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-235000 โทรศัพท์มือถือ : 081-9674148  โทรสาร 044-235388 E-mail : taweechai1@hotmail.com  **โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา**  3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-587800 โทรศัพท์มือถือ : 081-9417746  โทรสาร : 034-511507 E-mail : wibunphantha@yahoo.com  **โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.ภัทรวินฑ์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์  กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334  โทรสาร 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com  2. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499  โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** |
| **โครงการที่** | **1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **50. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)** |
| **คำนิยาม** | **ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง** ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)  **แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ** การพัฒนา “**ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)**” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง **“ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)”** ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน  **การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ**  **“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง** ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1 และ 2  **“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง** นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**  อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ \*โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 12\* | ร้อยละ 10 | ร้อยละ 8 | ร้อยละ 6 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ  ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ F2 ขึ้นไป |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | HDC  1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน  2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION  3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT |
| **แหล่งข้อมูล** | มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :** อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | **1.ระบบข้อมูล**  - มี National Triage  - จัดทำคู่มือ ER คุณภาพ และความปลอดภัย(ER Safety Goals)  - ปรับปรุงเกณฑ์ประเมินคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS)  - จัดทำมาตรฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน  - สื่อสารนโยบายและการดำเนินงานพัฒนาห้องฉุกเฉิน | **1. ระบบข้อมูล**  - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแฟ้ม Accident ร้อยละ 40  **2. การจัดการสาธารณภัยในสถานพยาบาล**  - จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 40  **3. ER คุณภาพ**  - จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 40 | **1. ระบบข้อมูล**  - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแฟ้ม Accident ร้อยละ 60  **2. การจัดการสาธารณภัยในสถานพยาบาล**  - จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 60  - จำนวนของโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ ร้อยละ 70  **3. ER คุณภาพ**  - จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 60 | **1. ระบบข้อมูล**  - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแฟ้ม Accident ร้อยละ 80  **2. การจัดการสาธารณภัยในสถานพยาบาล**  - จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 80  **3. ER คุณภาพ**  - จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 80 |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 10 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 8 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 6 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | **ขั้นตอนที่ 1** โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่   * 1. จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก   2. รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง   3. วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน   4. Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ   5. วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ   6. นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม   7. ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน   **ขั้นตอนที่ 2** **เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด**   * 1. จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล   2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด  2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม  **ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง**  3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต  3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต  3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ |

|  |  |
| --- | --- |
| **เอกสารสนับสนุน :** | http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/  คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | |  | ร้อยละ | N/A | N/A | N/A | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ** | 1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148  โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com  Ieip.dms@gmail.com  **กรมการแพทย์**  2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886  โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com  **โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา**  3. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769  โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com  **โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จ.ปราจีนบุรี**  4. นพ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-6400614  โทรสาร : E-mail :  **โรงพยาบาลราชวิถี**  5. นพ.สัจจะ ชลิตาภรณ์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 095-9254656  โทรสาร : E-mail : tsenjoyme@gmail.com  **กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี**  6. นพ.เกษมสุข โยธาสมุทร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310  โทรสาร : E-mail : k.yothasamutr@gmail.com  **กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน**  7. นางธัณณ์จิรา ธนาศิริธัชนันท์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669  โทรสาร : E-mail : thunjira.t@niems.go.th  **สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ** |
| **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.กิตติ์พงศ์ สัญชาตวิรุฬห์ ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-2554711  โทรสาร : Email : dr\_nok@yahoo.com  **สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน**  2. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-6606069  โทรสาร : Email: soontornchin@gmail.com  **สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน**  3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148  โทรสาร : 02-5918276 E-mail : mertthailand@gmail.com  Ieip.dms@gmail.com  **กรมการแพทย์**  4. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925  โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com  **กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์**  5. นางพรทิพย์ บุนนาค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-9241771  โทรสาร : Email: pherex099@gmail.com  **สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148  โทรสาร : 02-591-8276 E-mail : mertthailand@gmail.com  Ieip.dms@gmail.com  **กรมการแพทย์**  2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925  โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com  **กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์**  3. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-6606069  โทรสาร : Email: soontornchin@gmail.com  **สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน**  4. นายโสรัจจะ ชูแสง หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669  โทรสาร : Email : sorajja.c@niems.go.th  **สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148  โทรสาร : 02-591-8276 E-mail : mertthailand@gmail.com  Ieip.dms@gmail.com  **กรมการแพทย์**  2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925  โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com  **กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**  3. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769  โทรสาร : 037-211297 E-mail : beera024@gmail.com  **โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จ.ปราจีนบุรี** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** | | |
| **แผนที่** | **8. การพัฒนาตามโครงการเฉลิมกระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ** | | |
| **โครงการที่** | **1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ** | | |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** | | |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **51. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** | | |
| **คำนิยาม** | **1.ความสำเร็จการรักษา หมายถึง** ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ  **1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง** ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา  **1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง** ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ  **2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง** ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ  2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง  2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค  **3. กลุ่มเป้าหมาย** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 85 | | | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อเร่งรัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ | | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) | | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูล สำนักวัณโรค รวบรวม เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข | | |
| **แหล่งข้อมูล** | ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561 | | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) | | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 | | |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4  **หมายเหตุ :**  - ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome)  ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน 2561  - ติดตามตามผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส | | |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 - 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | ร้อยละ 85 | | | | |
| **วิธีการประเมินผล** | ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ  **แนวทางการประเมินผล**  **1. ระดับสำนักวัณโรค**  ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน  ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในภาพรวมของประเทศ  **2 ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค**  ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน  ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในระดับพื้นที่  **3 ระดับจังหวัด**  ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน  ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด  **เกณฑ์การให้คะแนน**  **ตารางที่ 1** เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 คะแนน | 2 คะแนน | 3 คะแนน | 4 คะแนน | 5 คะแนน | | <81 | 82 | 83 | 84 | >85 | | | |
| **เอกสารสนับสนุน** | 1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ  2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล | | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2558** | **2559** | | | | **Cohort 1/59** | **Cohort 2/59** | **Cohort 3/59** | | อัตราความสำเร็จการรักษา  วัณโรคปอดรายใหม่ | ร้อยละ | 79.5 | 80.3 | 78.2 | 76.7 | | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. แพทย์หญิงผลิน กมลวัทน์ ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรศัพท์มือถือ : 084-6056710  โทรสาร : 02-2125935 E-mail : phalin1@hotmail.com  2. นายสุขสันต์ จิตติมณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2129187 โทรศัพท์มือถือ : 086-9005645  โทรสาร : 02-2125935 E-mail : ssthaitb@yahoo.com  3. นายอรรถกร จันทร์มาทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 ต่อ 1211 โทรศัพท์มือถือ : 096-9824196  โทรสาร : 02-2125935 E-mail : auttagorn@gmail.com  4. นางสาววิลาวรรณ สมทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-2125935 E-mail : swillwan@yahoo.com  **สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค** | | |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค | | |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสาววิลาวรรณ สมทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-2122279 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-2125935 E-mail : swillwan@yahoo.com  **กรมควบคุมโรค** | | |
| **หมวด** | | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | | **9. อุตสาหกรรมทางการแพทย์** |
| **โครงการที่** | | **1.โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์** |
| **ระดับการแสดงผล** | | **เขต , ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | | **53. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด** |
| **คำนิยาม** | | **เมืองสมุนไพร หมายถึง** ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐและมีผลการดำเนินงานภายใต้ 4 มาตรการ ดังนี้  **มาตรการที่ 1** สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน  **มาตรการที่ 2** พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร  **มาตรการที่ 3** ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด  **มาตรการที่ 4** ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ  **เมืองสมุนไพรจังหวัดนำร่อง** **หมายถึง** จังหวัดเป้าหมาย 4 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี 2560 ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8)และจังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)  **เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย** **หมายถึง** จังหวัดเป้าหมาย 9 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก(เขตสุขภาพที่ 2) จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3)จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5)จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7) จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9) จังหวัดอำนาจเจริญ(เขตสุขภาพที่ 10) และ จังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** : จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 12 เขต 13 จังหวัด | 12 เขต 13 จังหวัด | 12 เขต 13 จังหวัด | 12 เขต 13 จังหวัด | | | |
| **วัตถุประสงค์** | | เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | 1. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดนำร่อง (4 เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่  1,6,8 และ 11  2. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย (9 เขตสุขภาพ)  ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 12 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | 1. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงาน  สาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส)  2. การตรวจราชการและนิเทศงาน  3. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยคณะกรรมการกำกับติดตาม  โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร |
| **แหล่งข้อมูล** | | 1. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจาก  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส)  2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน  3. ข้อมูลการประเมินโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร |
| **รายการข้อมูล 1** | | A = จำนวนเขตสุขภาพ ที่มีผลดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด  13 จังหวัด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | A |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12เดือน** | | จังหวัดนำร่อง  1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย  1 กลุ่ม  2. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร | จังหวัดนำร่อง  1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด  2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching) | จังหวัดนำร่อง  1. เพิ่มจำนวน Shop/Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง  2. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น  2.1 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์  2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย  2 ผลิตภัณฑ์ | จังหวัดนำร่อง  1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี  2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรผ่านการรับรองมาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)  3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20  4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15  5. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 15 | | จังหวัดส่วนขยาย  1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม | จังหวัดส่วนขยาย  1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด  2. บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan) | จังหวัดส่วนขยาย  1. จัดตั้ง Shop/Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง  2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching) | จังหวัดส่วนขยาย  1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐานGAP/GACP/Organic  จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี  2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)  3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20  4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15  5. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10 |   **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  | 12 เขต 13 จังหวัด |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  | 12 เขต 13 จังหวัด |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9เดือน** | **รอบ 12เดือน** | |  |  |  | 12 เขต 13 จังหวัด | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | 1. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงาน  จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและ  การแพทย์ทางเลือก  3. ข้อมูลการประเมินการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | 1. คู่มือการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร  2. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2564  3. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  4. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | จำนวนเขตสุขภาพที่มีจังหวัดเมืองสมุนไพร | เขตสุขภาพ/จังหวัด | - | - | 4/4 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | 1. นางสาวอัญชลี จูฑะพุทธิ ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5914409 โทรศัพท์มือถือ : 085-4856900  โทรสาร : 02-1495609 E-mail : anchaleeuan@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  2. นายวัฒนศักดิ์ ศรรุ่ง หัวหน้ากลุ่มงานสำนักงาน คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรศัพท์มือถือ : 092-2461023  โทรสาร : 02-1495609 E-mail : wsornrung@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  3. นางศรีจรรยา โชตึก หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 099-2459791  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kungfu55@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  4. นางกรุณา ทศพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 089-7243816  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : karunathailand4.0@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | | กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน  กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | | 1.นางสาวศศิธร ใหญ่สถิตย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 086-8812521  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : kiwi\_sida29@hotmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  2.นายชัยพร กาญจนอักษร แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9659490 โทรศัพท์มือถือ : 095-4196394  โทรสาร : 02-9659490 E-mail : CKTTMMan414@hotmail.co.th  **กองวิชาการและแผนงาน**  3. นางสาวผุสชา จันทร์ประเสริฐ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-1495609 โทรศัพท์มือถือ : 064-3235939  โทรสาร : 02-1495609 E-mail : ppin1987@gmail.com  **กองวิชาการและแผนงาน**  4. นางสาวสุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5917809 โทรศัพท์มือถือ : 082-7298989  โทรสาร : 02-5910218 E-mail : sukanya0210@gmail.com  **กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข** |
| **ระดับการแสดงผล** | **ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **56. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้** |
| **คำนิยาม** | **หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง** หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่  ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุข  ของคนทำงานไปใช้  ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล  ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร  ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน  ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆเพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based  2.รายงานของหน่วยบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  | ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไป | ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 4 ขึ้นไป | ร้อยละ 60 ของหน่วยงาน มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับที่ 5 ขึ้นไป |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 70 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 80 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละร้อยละ 90 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | สำรวจ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | - |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2557** | **2558** | **2559** | | - | ร้อยละ | - | - | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ  1. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sansernx@gmail.com  **กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด  1. นางสาวจีรพร ทองหอม นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 โทรศัพท์มือถือ : 091-7392908  081-4594871  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : jeerap\_15@hotmail.com  2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sudjaich1@gmail.com  **กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  1. นางธิติภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211  โทรสาร : 02-5901384 E-mail : inspect.n@gmail.com  2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346  โทรสาร : 02-5901384 E-mail : spd.policy@gmail.com  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสาวจีรพร ทองหอม นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901348 โทรศัพท์มือถือ : 091-7392908,  081-4594871  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : jeerap\_15@hotmail.com  2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sudjaich1@gmail.com  **กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  1. นางธิติภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-0188211  โทรสาร : 02-5901384 E-mail : inspect.n@gmail.com  2. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : 084-9335346  โทรสาร : 02-5901384 E-mail : spd.policy@gmail.com  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด, เขต และ กรม** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **57. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)** |
| **คำนิยาม** | **1. อัตราการคงอยู่ (Retention Rate)** **หมายถึง** จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  **2. บุคลากรสาธารณสุข** **หมายถึง** บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง)  - ข้าราชการ  - พนักงานราชการ  - ลูกจ้างประจำ  - ลูกจ้างชั่วคราว (**ยกเว้น** ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ)  - พนักงานกระทรวงสาธารณสุข  ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงาน  ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน  **3. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 หมายถึง** จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันแรกที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากร 5 ประเภทการจ้างที่ปฏิบัติงานอยู่จริงทั้งหมด ณ ต้นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม)  **4. การลาออก** **หมายถึง** บุคลากรสาธารณสุขที่ลาออกจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS  **5. การถูกให้ออก** **หมายถึง** บุคลากรสาธารณสุขที่ถูกให้ออกจากการปฏิบัติงานโดยมีความผิด  จากระบบฐานข้อมูล HROPS  **6. การโอน** **หมายถึง** การให้บุคลาการสาธารณสุขโอนไปสังกัดใหม่นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88 | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 91 | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 94 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัตถุประสงค์** | | 1. เพื่อส่งเสริมสร้างระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน ด้วยกระบวนการ  บริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ  2. เพื่อธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของ  หน่วยงานทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | รายงานผล | |
| **แหล่งข้อมูล** | | 1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)  สป.สธ.  2. ฐานข้อมูลอัตรากำลังของกรม | |
| **รายการข้อมูล 1** | | A = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูล | |
| **รายการข้อมูล 2** | | B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม) | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A/B) x 100 | |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 4 | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ | มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic” | 1. ดำเนินการตามแผน  2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน | อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 |   **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ | มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic” | 1. ดำเนินการตามแผน  2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน | อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88 |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ | มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic” | 1. ดำเนินการตามแผน  2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน | อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ 91 |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ | มีการกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ เช่น “HR Clinic” | 1. ดำเนินการตามแผน  2. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน | อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ 94 | | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | - | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2557** | **2558** | **2559** | | - | ร้อยละ | - | - | - | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | 1. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901410 โทรศัพท์มือถือ : 089-6133454  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sansernx@gmail.com  **กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** | |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | | 1. นายพรชัย ปอสูงเนิน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901858 โทรศัพท์มือถือ : 062-9599862  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : hrmoph@gmail.com  2. นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901341 โทรศัพท์มือถือ : 081-7322812  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : pink1327@hotmail.com  **กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** | |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | | 1. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 085-3252098  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : p.khruaruan@gmail.com  **กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  2. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901344 โทรศัพท์มือถือ : 081-8897796  โทรสาร : 02-5901421 E-mail : sudjaich1@gmail.com  **กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** | |
| **หมวด** | | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** | |
| **แผนที่** | | **11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** | |
| **โครงการที่** | | **2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ** | |
| **ระดับการแสดงผล** | | **กรม และ จังหวัด** | |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ/คุณภาพ** | | **63. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** | |
| **คำนิยาม** | | **ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** **หมายถึง** ส่วนราชการตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้   1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 สำนัก/กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง   **การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ** **หมายถึง** การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์การ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยดำเนินการในปี 2561- 2565 ดังนี้   1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564 -2565 ปีละ 6 หมวด  |  |  | | --- | --- | | **พ.ศ.** | **ภาคบังคับ** | | 2561 | หมวด 1,หมวด 5 | | 2562 | หมวด 2,หมวด 4 | | 2563 | หมวด 3,หมวด 6 | | 2564 | หมวด 1- 6 | | 2565 | หมวด 1- 6 |  1. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน 2. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด 7 3. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร 4. ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit /กลุ่มพัฒนาระบบริหาร /ผู้ตรวจประเมินภายนอก | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ระดับ 5  (ร้อยละ 60) | ระดับ 5  (ร้อยละ 70) | ระดับ 5  (ร้อยละ 80) | ระดับ 5  (ร้อยละ 90) |  1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ระดับ 5  (ร้อยละ 60) | ระดับ 5  (ร้อยละ 70) | ระดับ 5  (ร้อยละ 80) | ระดับ 5  (ร้อยละ 90) |  1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ระดับ 5  (ร้อยละ 20) | ระดับ 5  (ร้อยละ 40) | ระดับ 5  (ร้อยละ 60) | ระดับ 5  (ร้อยละ 80) | | | | |
| **วัตถุประสงค์** | | 1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546  2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | 1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง  2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| **แหล่งข้อมูล** | | 1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง  2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | |

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางทั้งหมด |
| **รายการข้อมูล 3** | C = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 4** | D = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด |
| **รายการข้อมูล 5** | E = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 6** | F = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1. (A/B) x 100  2. (C/D) x 100  3. (E/F) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน  2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 1,หมวด 5)  3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)  4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7) | 1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ | 1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ | 1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัด  กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)  2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)  3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 20) |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน  2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 2,หมวด 4)  3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)  4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7) | 1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ | 1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ | 1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัด  กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด  (ร้อยละ 70)  2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70)  3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 40) |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน  2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 3,หมวด 6)  3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)  4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7) | 1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ | 1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ | 1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัด  กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)  2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)  3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60) |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน  2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 6 หมวด  3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)  4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7) | 1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ | 1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ | 1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัด  กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90)  2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90)  3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) |   **ปี 2565 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน  2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 6 หมวด  3.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)  4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7) | 1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ | 1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ | 1.ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัด  กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการ  ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด  (ร้อยละ 100)  2.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100)  3.ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100) | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | |  |  | | --- | --- | | **ระดับคะแนน** | **ขั้นตอนการดำเนินงาน** | | 1 | จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | | | **0.20 คะแนน** | **0.40 คะแนน** | **0.60 คะแนน** | **0.80 คะแนน** | **1 คะแนน** | | 5 คำถาม | 7 คำถาม | 9 คำถาม | 11 คำถาม | 13 คำถาม | | | 2 | ประเมินองค์กรด้วยตนเองในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **พ.ศ.** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | **0.50 คะแนน** | **1 คะแนน** | | 2561-2563 | 1 หมวด | 2 หมวด | | 2564-2565 | ไม่ครบ 6 หมวด | ครบ 6 หมวด | | | 3 | จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **พ.ศ.** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | **0.50 คะแนน** | **1 คะแนน** | | 2561-2563 | มีแผน 1 หมวด | มีแผน 2 หมวด | | 2564-2565 | มีแผนไม่ครบ 6 หมวด | มีแผนครบ 6 หมวด | | | 4 | จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **พ.ศ.** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | **0.50 คะแนน** | **1 คะแนน** | | 2561-2563 | 1 หมวด | 2 หมวด | | 2564-2565 | ไม่ครบ 6 หมวด | ครบ 6 หมวด | | | 5 | ร้อยละของการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดกระบวนการดำเนินการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ)   1. สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **พ.ศ.** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | **2561** | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | | **2562** | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | | **2563** | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | | **2564** | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 | | **2565** | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 100 |   เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน   1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **พ.ศ.** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | **2561** | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | | **2562** | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | | **2563** | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | | **2564** | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 | | **2565** | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 100 |   เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน   1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **พ.ศ.** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | **2561** | ร้อยละ 0 | ร้อยละ 5 | ร้อยละ 10 | ร้อยละ 15 | ร้อยละ 20 | | **2562** | ร้อยละ 0 | ร้อยละ 10 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | | **2563** | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | | **2564** | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | | **2565** | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 100 |   เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน ปี 2561  เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน ปี 2562-2565 | |
| **เอกสารสนับสนุน :** | เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่http://www.opdc.go.th/ |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | ตัวชี้วัดใหม่   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ระดับ | - | - | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นางสุวรรณา เจริญสวรรค์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052  โทรสาร : 02-5901406 E-mail : oeysuwanna@gmail.com  2. น.ส.อังคณางค์ หัวเมืองวิเชียร นักวิเคราห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ : 081-2558277  โทรสาร : 02-5901406 E-mail : lkung1038@gmail.com  3. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน นักวิเคราห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901963 โทรศัพท์มือถือ: 085-3652444  โทรสาร : 02-5901406 E-mail : a.deethongon@gmail.com  4. น.ส.กฤติกา ทรีย์มาติพันธ์ นักวิเคราห์นโยบายและแผน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901963 โทรศัพท์มือถือ : 095-7120954  โทรสาร : 02-5901406 E-mail : trekrittikas@gmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กลุ่มพัฒนาระบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางภารวี แก้วพันนา ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบริหาร  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901018 โทรศัพท์มือถือ : 081-9316079  โทรสาร : 02-5901406 E-mail : Paravee.kpr@gmail.com  **กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **11. การพัฒนาระบบธรร มาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3** |
| **คำนิยาม** | **โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง**   * โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน164 แห่ง * โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 780 แห่ง   ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม 2559)  **HA (Hospital Accreditation) หมายถึง** กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ขั้น ดังนี้  **- HA ขั้น 1 หมายถึง** โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง  **- HA ขั้น 2 หมายถึง** โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป  **- HA ขั้น 3 หมายถึง** โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 1.ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต |  |  |  | | 2.ร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลชุมชน |  |  |  | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค  และกรมสุขภาพจิต  2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง |
| **แหล่งข้อมูล** | ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์  กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit |
| **รายการข้อมูล 2** | B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์  กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่ง |
| **รายการข้อมูล 3** | C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการ  รับรองขั้น 3 + Reaccredit |
| **รายการข้อมูล 4** | D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 780 แห่ง  ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 13 มกราคม  2559) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1. (A/B) x 100  2. (C/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (ปี 2561 : 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561) |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 98.78  (162 แห่ง จาก 164 แห่ง) | 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39  (163 แห่ง จาก 164 แห่ง) | 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00  (164 แห่ง จาก 164 แห่ง) | 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00  (164 แห่ง จาก 164 แห่ง) | | 2. โรงพยาบาลชุมชน  ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 74.36  ( 580 แห่ง จาก  780 แห่ง) | 2. โรงพยาบาลชุมชน  ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 76.28  ( 595 แห่ง จาก 780 แห่ง) | 2. โรงพยาบาลชุมชน  ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 78.21  ( 610 แห่ง จาก 780 แห่ง) | 2. โรงพยาบาลชุมชน  ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.00  ( 624 แห่ง จาก 780 แห่ง) |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  |  |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  |  |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  |  | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **เกณฑ์การให้คะแนน** | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต | ร้อยละ 98.17  (161 แห่งจาก 164 แห่ง) | ร้อยละ 98.78  (162 แห่ง จาก  164 แห่ง) | ร้อยละ 99.39  (163 แห่ง จาก  164 แห่ง) | ร้อยละ 100.00  (164 แห่ง จาก  164 แห่ง) | ร้อยละ 100.00  (164 แห่ง จาก  164 แห่ง) | | โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ร้อยละ 73.85  (576 แห่งจาก 780 แห่ง) | ร้อยละ 74.12  ( 580 แห่ง จาก  780 แห่ง) | ร้อยละ 76.28  ( 595 แห่ง จาก  780 แห่ง) | ร้อยละ 78.21  ( 610 แห่ง จาก  780 แห่ง) | ร้อยละ 80.00  ( 624 แห่ง จาก  780 แห่ง) |   **เงื่อนไข :**  1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค  และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 164 แห่งประกอบด้วย   * โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 116 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 29 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง * โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่ง   (ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นหน่วยงาน ตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)  2. ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ  3. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  (องค์การมหาชน) |
| **เอกสารสนับสนุน :** | จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th  /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2557** | **2558** | **2559** | **2560**  **(ไตรมาส 3)** | | ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต) | แห่ง | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ร้อยละ96.36 (159 แห่งจาก 165 แห่ง) | ร้อยละ 97.58  (161 แห่ง จาก 165 แห่ง) | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2557** | **2558** | **2559** | **2560**  **(ไตรมาส 3)** | | ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) | แห่ง | ร้อยละ60.27  ( 446 จาก 740 แห่ง) | ร้อยละ 69.40  (515 จาก 742 แห่ง) | ร้อยละ 69.49  (542 จาก 780 แห่ง) | ร้อยละ 73.85  (576 จาก 780 แห่ง) | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  2. แพทย์หญิงอัจฉรา ละอองนวลพานิช รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  3. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254  โทรสาร : E-mail : kavalinc@hotmail.com  4. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-4784332  โทรสาร : E-mail :  5. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286  โทรสาร : E-mail :  6. นางสาวศิวพร บุญเสก  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 095-6099869  โทรสาร : E-mail :  **กองบริหารการสาธารณสุข**  1. นางสาวบังอร บุญรักษาสัตย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906132 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  2. นายบรรพต ต่วนภูษา  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906137 โทรศัพท์มือถือ : 092-5526252  โทรสาร : E-mail :  **กรมการแพทย์**  1. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903395 โทรศัพท์มือถือ : 081-6409393  โทรสาร : E-mail :  2. นางสุมาลี ยุทธวรวิทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903379 โทรศัพท์มือถือ : 099-5696293  โทรสาร : E-mail :  3. นางรจนา บุญผ่อง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903347 โทรศัพท์มือถือ : 089-7974695  โทรสาร : E-mail :  **กรมควบคุมโรค**  1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908207 โทรศัพท์มือถือ : 086-7323712  โทรสาร : E-mail :  2. นางสาวชิดชนก โอภาสวัฒนา  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5908092 โทรศัพท์มือถือ : 083-1396730  โทรสาร : E-mail :  **กรมสุขภาพจิต** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองบริหารการสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901755 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901643 โทรศัพท์มือถือ : 089-8296254  โทรสาร : E-mail : kavalinc@hotmail.com  3. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901637 โทรศัพท์มือถือ : 089-4784332  โทรสาร : E-mail :  4. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 061-4851286  โทรสาร : E-mail :  5. นางสาวศิวพร บุญเสก  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901638 โทรศัพท์มือถือ : 095-6099869  โทรสาร : E-mail :  **กองบริหารการสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **65. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว** |
| **คำนิยาม** | **1. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง** การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี  มีเกณฑ์ประเมินดังนี้  **หมวด 1** การนำองค์กรและการจัดการดี  **หมวด 2** การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  **หมวด 3** การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล  **หมวด 4** การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย  **หมวด 5** ผลลัพธ์  โดยมีการประเมินเกณฑ์พัฒนา 3 ดาว 4 ดาว และ 5 ดาว (ผ่านเกณฑ์)  รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คือ 5 ดาว ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้  1) คะแนนรายหมวด มากกว่า ร้อยละ 80  2) คะแนนรวม 5 หมวด มากกว่า ร้อยละ 90  **2. การรับรองผล** จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผลรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :** (สะสม)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 25 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 100 | | |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 9,780 แห่ง ไม่รวมจำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ในปี 2560 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งดูแลโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล  ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว  B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 ดาว  C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 ดาว |
| **รายการข้อมูล 2** | D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **รอบ 3-6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ  2. อบรม ครู ก ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2  3. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง  4. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม  5. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2561 | 1. รพ.สต.ร้อยละ 100 (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา  2. ประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับอำเภอ จังหวัด และเขต | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 25 (สะสม) |   **ปี 2562:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 50 (สะสม) |   **ปี 2563:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 75 (สะสม) |   **ปี 2564:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  | รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม) | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต |
| **เอกสารสนับสนุน :** | คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | | 9,780 แห่ง | ร้อยละ | - | - | ร้อยละ | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  **สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. นางสาวหทัยรัตน์ คงสืบ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901378 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5902348 E-mail : strategic2.bps@gmail.com  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. พญ.มานิตา พรรณวดี รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901387 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail :  **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)** |
| **แผนที่** | **13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขต** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **72. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน** |
| **คำนิยาม** | **หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง** หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ประเภทดัชนีชี้วัด** | **น้ำหนักความรุนแรง**  **ของความเสี่ยง**  **(Risk Score)** | **คำอธิบาย** | | 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ |  | กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์ | | 1.1 CR < 1.5 | 1 | CR = สินทรัพย์หมุนเวียน /หนี้สินหมุนเวียน | | 1.2 QR < 1.0 | 1 | QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ /หนี้สินหมุนเวียน | | 1.3 Cash < 0.8 | 1 | Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด /หนี้สินหมุนเวียน | | 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน |  | กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน | | 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < 0 | 1 | เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน | | 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < 0 | 1 | ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ -ค่าใช้จ่าย | | 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ |  | กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน | | **ประเภทดัชนีชี้วัด** | **น้ำหนักความรุนแรง**  **ของความเสี่ยง**  **(Risk Score)** | **คำอธิบาย** | | 3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ) |  | กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ | | a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน | 0 | เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ | | b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน | 1 | \* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ | | c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน | 2 |  | | 3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก) |  |  | | a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน | 2 | \* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน | | b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน | 1 |  | | c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน | 0 |  | | **ประเภทดัชนีชี้วัด** | **น้ำหนักความรุนแรง**  **ของความเสี่ยง**  **(Risk Score)** | **คำอธิบาย** | | 3.3 กรณี NWC ติดบวก & มี NI เป็นบวก | 0 |  | | 3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ | 2 |  |   การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด  ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้  **การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2561**   1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง   : บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ  : แผนงาน/กิจกรรม  : ผลผลิต/ผลลัพธ์  2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin)  3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน  **มาตรการ**  มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)  มาตรการที่ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)  มาตรการที่ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)  มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)  มาตรการที่ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)   | **มาตรการขับเคลื่อน** | **แนวทางการดำเนินงาน** | **เป้าหมาย** | | --- | --- | --- | | **มาตรการที่ 1:**  **การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)** | 1.1 มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 1.2 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ 1.3 เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ | 1.1 ร้อยละของหน่วยบริการ  มีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin)  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | | **มาตรการ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)** | 2.1 ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ  2.2 วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน)  2.3 ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน(ไตรมาส) | 2.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกิน ร้อยละ 5)  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 | | **มาตรการ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)** | 3.1 เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย จากการดำเนินงาน  - ประเมิน/ควบคุมสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ค่าตอบแทน) เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR)  - ประเมินรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกประเภทสิทธิ เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR)  3.2 เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน  - พัฒนาและใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน  - ประเมิน/ควบคุมประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง  - ประเมินและควบคุมประสิทธิภาพการบริหารเจ้าหนี้ ลูกหนี้ สินค้าคงคลัง และค่าตอบแทนค้างจ่าย | 3.1 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > 4 ตัว (มากกว่า ระดับ B-) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 | | **มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)** | 4.1 พัฒนาระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน  4.2 พัฒนาระบบการตรวจสอบบัญชี  4.3 พัฒนาระบบงานสารสนเทศด้านการเงินการคลังสำหรับผู้บริหาร (Executive Information System: EIS)  4.4 พัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMIS | 4.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ที่กำหนด  ค่าเป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90(อิเล็กทรอนิกส์)  ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70  (ผู้ตรวจสอบบัญชี)  4.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็นศูนย์ ต้นทุนนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณ เข้าระบบ GFMIS  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75 | | **มาตรการ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)** | 5.1 พัฒนาศักยภาพผู้บริหารทางการเงิน (CFO)  5.2 พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบบัญชี (Auditor) | 5.1 ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลัง (CFO และ Auditor) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ  ค่าเป้าหมาย: ร้อยละของบุคลากรด้านการเงินการคลังที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 |   **มาตรการที่ 1 :**  **การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)**   | **ระดับ** | **แผนงาน/กิจกรรม** | **ผลผลิต/ผลลัพธ์** | | --- | --- | --- | | **เขต** | 1.ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวงกำหนดรวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยตามปัญหาและบริบทของพื้นที่  2.มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF)  3.พัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินในเขต  4.พัฒนาหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย | 1. มีหลักเกณฑ์การปรับเกลี่ยระดับเขต  2. มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาช่วยเหลือหน่วยบริการ (CF)  3. หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน/ชดเชยเงิน UC | | **จังหวัด** | 1.มีหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยวงเงินตามที่เขตกำหนด  2.ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวง/เขต กำหนด  3.ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/ชดเชยตามเวลาที่กำหนด | 1.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC ตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด  2.รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน | | **หน่วยบริการ** | 1.มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับรพ.แม่ข่ายและลูกข่าย  2.คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายตามที่ส่วนกลาง/เขต กำหนด  3. คณะกรรมการมีการจัดทำตัวเลขรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย | 1.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรเงิน UC  2.รายงานผลการจัดสรรเป็นรายไตรมาสและผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน  3.มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย  4. มีตัวเลขทั้งรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย |   **มาตรการที่ 2 :**  **ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ระดับ** | **แผนงาน/กิจกรรม** | **ผลผลิต/ผลลัพธ์** | | **เขต** | 1. กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด 2. วิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis)  3. ตรวจ อนุมัติ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด | 1.มีนโยบายและหลักเกณฑ์การจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด  2.ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในเขต (PlanFin Analysis)  3.ผลการตรวจ อนุมัติ มีแผนการกำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) ของจังหวัด | | **จังหวัด** | 1. กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด 2. ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด 3. ตรวจ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน | 1.มีมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด  2.มีแผนทางการเงินมีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ของหน่วยบริการในจังหวัด  3.ผลการตรวจ อนุมัติ ปีละ 2 ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน (7 แผน) รายเดือน | | **หน่วยบริการ** | 1. จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของ เขต/ จังหวัด 2. บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย  3. กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน รายเดือน ( 7 แผน) | 1. หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5 )  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50  2.หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5 )  ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 |   **มาตรการที่ 3 :**  **สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ระดับ** | **แผนงาน/กิจกรรม** | **ผลผลิต/ผลลัพธ์** | | **เขต** | 1.มีแนวทางการจัดซื้อร่วมระดับเขต  2.มีแนวทางการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง  3.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการการกำกับ  4.แผนประเมินประสิทธิภาพFAI (ไขว้จังหวัด)  5.วางระบบเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่ | 1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้  2.มีแนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับเขต  3.การประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ทุกรายไตรมาส  4.ประเมินประสิทธิ (FAI) ทุกราย ไตรมาส  5.มีระบบเฝ้าระวังและแผนการ ตรวจเยี่ยม | | **จังหวัด** | 1.มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต  2.การบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง  3.ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว ในการการกำกับ  4.ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด)  5.การเฝ้าระวังและการตรวจเยี่ยมพื้นที่ | 1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้  2.ใช้แนวทาง หลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนหน่วยบริการ  3.หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว  4.หน่วยบริการทุกแห่งได้ประเมินประสิทธิ (FAI)  5.แผนการตรวจเยี่ยมพื้นที่มี ความเสี่ยง วิกฤติ | | **หน่วยบริการ** | 1. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต  2. มีการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง  3. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว  4. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด) | 1.ลดสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้  2.ใช้แนวทาง แนวทางหลักเกณฑ์ในการบริหารค่าตอบแทนระดับหน่วยบริการ  3.ได้รับการประเมินตามดัชนีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัว  4.ได้รับการประเมินประสิทธิภาพ (FAI) |   **มาตรการที่ 4 :**  **พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ระดับ** | **แผนงาน/กิจกรรม** | **ผลผลิต/ผลลัพธ์** | | **เขต** | 1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. ควบคุม กำกับติดการส่งข้อมูลทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา  3.จัดทำแผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด | 1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพทุกเดือน  2.แผนการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด  3. รายผลการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ | | **จังหวัด** | 1.ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. ติดตามผลการประเมินคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการและนำมาพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์  3. ให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงานด้านบัญชี | 1.กำกับ ติดตามการส่งรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาทุกเดือน  2. ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพและผ่านเกณฑ์การประเมินรายเดือน | | **หน่วยบริการ** | 1.จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2.ส่งรายงานข้อมูลงบทดลองให้เป็นตามแนวทางที่กำหนด  3. รวบรวมเอกสารหลักฐานสำหรับการตรวจสอบบัญชีจากผู้ตรวจสอบภายในและภายนอก | 1.ข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพข้อมูลบัญชีที่มีคุณภาพรายเดือน  2. งบการเงินผ่านการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบบัญชีปีละ 1 ครั้ง |   **มาตรการที่ 5 :**  **พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ระดับ** | **แผนงาน/กิจกรรม** | **ผลผลิต/ผลลัพธ์** | | **เขต** | 1. แผนการประชุม CFO เขต  2. แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง  3. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพCFOและAuditor ในระดับเขตร่วมกับกระทรวง | 1.มีการประชุม CFO เขต  รายไตรมาส  2.มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง  3. มีแผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพCFOและAuditorร่วมกับกระทรวง | | **จังหวัด** | 1. แผนการประชุม CFO จังหวัด  2.แผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต  3. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพCFOและAuditor ในระดับจังหวัด | 1.มีการประชุม CFO จังหวัด รายไตรมาส  2.มีแผนการอบรมผู้บริหารด้านการเงินการคลังร่วมกับกระทรวง/เขต 3. มีแผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพCFO และAuditor ในระดับจังหวัด | | **หน่วยบริการ** | 1. แผนการประชุม CFO ระดับ CUP  2.แผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ  3. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ ทีม CFOของหน่วยบริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น | 1.มีการประชุม CFO ระดับ CUP รายไตรมาส  2.มีแผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ  3. มีแผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ ทีม CFOของหน่วยบริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น |   **การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin**   |  |  | | --- | --- | | **ระดับ** | **การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin** | | **เขต** | 1.เขตต้องมีการกำหนดแนวทางในการบริหารการเงินการคลังการจัดทำ PlanFin ให้จังหวัดนำไปสู่การปฏิบัติ  2.เขตต้องตรวจสอบและอนุมัติแผนทางการเงิน (Planfin) หน่วยบริการมีให้ มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และให้หน่วยบริการปรับแผนให้ไปตามแนวทางในข้อ 1 และ การอนุมัติ  3.เขตต้องชี้หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน ตามผลการวิเคราะห์ตาราง PlanFin Analysis และ ความเสี่ยงการเงิน เพื่อให้จังหวัดกำกับ เฝ้าระวังตามมาตรการการเงินการคลังของเขต  4.เขตต้องเป็นที่ปรึกษาด้านปัญหา อุปสรรค และให้การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการด้านการเงินการคลังในการบริหาร PlanFin | | **ระดับ** | **การบริหารและกำกับแผนการเงิน PlanFin** | | **จังหวัด** | 1.จังหวัดต้องมีการกำกับ PlanFin หน่วยบริการ ควบคู่กับรายงานงบการเงิน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน และ มีระบบรายงานเขต  2.จังหวัดต้องมีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ตารางPlanFin Analysis โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีEBITDA ลบ , มีการลงทุนมากกว่า 20% EBITDA และฐานะเงินทุนสำรองน้อย (ติดลบ) การบริหาร PlanFin จะบริหารความเสี่ยงไม่ให้เป็นระดับ 7  3.จังหวัดต้องให้หน่วยบริการใช้แผนปรับประสิทธิภาพ จัดทำ Business Plan ช่วยในการปรับ EBITDA จากลบ พัฒนาให้ EBITDA บวก เพื่อให้มีกระแสเงินสดเพียงพอในการดำเนินงาน ลงทุน และ เพิ่มเงินทุนสำรอง  4.จังหวัดต้องวางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และมีปัญหาในด้านบริหารจัดการ PlanFin มีวิกฤติการเงิน  ตลอดจน การปฏิบัติตาม LOI และ มีระบบรายงานเขต | | **หน่วยบริการ** | 1.จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด  2.บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย  3.กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน ( ทั้ง 7 แผน) ให้มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5  3.1 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5 )  3.2 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของค่าใช้จ่าย ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5 ) |   **เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการกำกับและรายงาน การบริหารจัดการการเงินการคลัง** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | 6 | 4 | 2 | 0 | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทาง  การเงิน  2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส |
| **แหล่งข้อมูล** | กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติ  ทางการเงิน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วย  บริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin)  ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์  ร้อยละ 100 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ไม่เกินร้อยละ 6 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ไม่เกินร้อยละ 6 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ไม่เกินร้อยละ 6 |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin)  ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์  ร้อยละ 100 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ไม่เกินร้อยละ 4 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ไม่เกินร้อยละ 4 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ไม่เกินร้อยละ 4 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin)  ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์  ร้อยละ 100 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ไม่เกินร้อยละ 2 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ไม่เกินร้อยละ 2 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ไม่เกินร้อยละ 2 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin)  ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์  ร้อยละ 100 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ร้อยละ 0 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ร้อยละ 0 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | การวัด/วิเคราะห์ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** | | หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน | ร้อยละ | ไตรมาส 1/57  ร้อยละ 11.58  ไตรมาส 2/57  ร้อยละ 12.13  ไตรมาส 3/57  ร้อยละ 12.91  ไตรมาส 4/57  ร้อยละ  9.18 | ไตรมาส 1/58  ร้อยละ  6.31  ไตรมาส 2/58  ร้อยละ  5.76  ไตรมาส 3/58  ร้อยละ 12.19  ไตรมาส 4/58  ร้อยละ 15.65 | ไตรมาส 1/59  ร้อยละ  8.71  ไตรมาส 2/59  ร้อยละ  5.04  ไตรมาส 3/59  ร้อยละ  9.83  ไตรมาส 4/59  ร้อยละ 13.60 | ไตรมาส 1/60  ร้อยละ 0.56  ไตรมาส 2/60  ร้อยละ 0.56  ไตรมาส 3/60  ร้อยละ 3.23 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.พิทักษ์พล บุณยมาลิก ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ  หลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901553 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : pitalpolb@hotmail.com  2. นพ.ชุมพล นุชผ่อง รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ  หลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : resoke@hotmail.com  3. นางอุทัย เกษรา กลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหาร และ  ประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901595 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : kuthai2@hotmail.com  4. นางนิ่มอนงค์ สายรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและ ยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกัน  สุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5901576 E-mail : nimanong\_15@hotmail.com  5. นางสาวอโณทัย ไชยปาละ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5901576 E-mail : meawrnothai@gmail.com  **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสาวอโณทัย ไชยปาละ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901574 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : 02-5901576 E-mail : meawrnothai@gmail.com  **กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Promotion, Prevention & Protection Excellence**  **(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)** |
| **โครงการที่** | **4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** | **11. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์** |
| **คำนิยาม** | **ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง** มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้   1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล   **หมายเหตุ :** ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ   * ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ * มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล   **มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :**  (P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)  P : ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ. และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ พชอ. และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ  I : - ประสานแหล่งเงินทุน (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการ  ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน  - สนับสนุนการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver)  - จัดพิมพ์คู่มือการอบรมหลักสูตร CG  - พัฒนาหลักสูตร CM  - พัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว  - สร้าง พัฒนานวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ  - พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอต้นแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ  - จัดทำชุดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับ  ผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในรูปแบบ Application  - การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผ่าน Application สูงวัยสมองดี  - จัดทำชุดความรู้การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในสถานที่สาธารณะของกลุ่ม  ผู้สูงอายุ เช่น ศาสนสถาน (วัด/มัสยิด) ในรูปแบบ media/Infographic  - จัดทำเครื่องมือประเมินการจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบ  Application  R : - ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตาม  ชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ  - ชี้แจงและขับเคลื่อนนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแล  ผู้สูงอายุในชุมชน  - ควบคุม กำกับ และติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน  A : - ชี้นำด้านข้อมูลและงานวิจัย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ  - สร้างการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็นสังคม  แห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ  B : - พัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) /ระบบดูแล  ผู้สูงอายุ 3 S (Thai Active Aging: Strong Social and Security)/ สร้าง พัฒนา  ทีมนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อบรม Care manager, Caregiver  และ อสค. และ สนับสนุนกลไกการเงินจาก สปสช.  - ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ Health Literacy เพื่อเป็นสังคม  Health Literated Society |
| **เกณฑ์เป้าหมาย :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 95 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาวตามศักยภาพของผู้สูงอายุ เข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม  2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วย  บริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์  3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือ ระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care  ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง/ศูนย์อนามัย  กลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน  2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 /สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง / ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (หน่วยงานเจ้าภาพหลัก) ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 /สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง /ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์  ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ  3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มวัยผู้สูงอายุ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)  ในชุมชนผ่านเกณฑ์ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ปี 2561 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 45 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 55 | ร้อยละ 60 |   **ปี 2562 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 55 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 |   **ปี 2563 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 65 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 |   **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 95 | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. พื้นที่จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือระบบการรายงานข้อมูล Long Term Care  ให้กับศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง /  ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ตามรอบการรายงาน  3, 6, 9, 12 เดือน  2. ศูนย์อนามัยเขต ที่ 1 – 12 /สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง/ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์  ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ รายงานข้อมูลให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (หน่วยงาน  เจ้าภาพหลัก) ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ  ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care  2. คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ  3. คู่มือแนวทางการประเมิน ADL  4. คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดย  คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสาหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  5. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager / Caregiver กระทรวงสาธารณสุข |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** | | ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ในชุมชนผ่านเกณฑ์ | ร้อยละ | 13.43  (ทุกตำบลทั่วประเทศ) | 27  (ทุกตำบลทั่วประเทศ) | 74.5  (หมายเหตุ :เฉพาะตำบล นำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล) | 81.2  (หมายเหตุ :เฉพาะตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 4,469 ตำบล) | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | ผู้กำกับตัวชี้วัด  1. นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904049 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : drwachira99@gmail.com  2. นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ รองอธิบดีกรมอนามัย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904072 โทรศัพท์มือถือ :  โทรสาร : E-mail : attapon2008@gmail.com  ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด  1. นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ  กรมอนามัย  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904503 โทรศัพท์มือถือ : 081-6829668  โทรสาร : 02-5904500 E-mail : kittilarp@yahoo.com  2. นางวิมล บ้านพวน รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904509 โทรศัพท์มือถือ : 097-2419729  โทรสาร : 02-5904500 E-mail : vimol.b@anamai.mail.go.th  **สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางรัชนี บุญเรืองศรี  โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-5904504 โทรศัพท์มือถือ : 099-6165396  โทรสาร : E-mail : rachanee.b@anamai.mail.go.th  **กลุ่มคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุและความร่วมมือระหว่างประเทศ**  2. นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904504 โทรศัพท์มือถือ : 081-4543563  โทรสาร : E-mail:orawannee.a@anamai.mail.go.th  **กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย** |