

คณะที่ ๓

การบริหารทรัพยากรมนุษย์

๓.๑ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

๓.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน

๓.๓ การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สถาบันพระบรมราชชนก สป.

กลุ่มบริหารงานบุคคล สป.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักตรวจและประเมินผล

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

คณะที่ ๓

การบริหารทรัพยากรมนุษย์

.....

หัวข้อ ๓.๑ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ)

๑. สถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเขตสุขภาพ เน้นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อให้เขตสุขภาพสามารถจัดบริการได้อย่างไร้รอยต่อ (Seamless Service Network Management) จัดบริการได้ภายในเขตสุขภาพ (Self-Contained) และจัดระบบส่งต่อตามศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับภายในเขตสุขภาพ (Referral Cascade Management System) ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การพัฒนา กำลังคนเป็นนโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมุ่งเน้นการจัดการกำลังคน การพัฒนา บุคลากร และการวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น เขตสุขภาพจึงต้อง พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และพัฒนากำลังคนให้มี ปริมาณและศักยภาพเพียงพอ และสอดคล้องกับเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพของสถานบริการ แต่ละระดับ อันจะนำไปสู่การจัดบริการที่มีได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จากการตรวจราชการ คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ : การพัฒนาบุคลากร มี ๓ ประเด็น คือ ๑. การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร ๒. กลไกและระบบสนับสนุนที่ส่งผล ให้การพัฒนาบุคลากรมีประสิทธิภาพเกิดผลสัมฤทธิ์ ๓. การกำกับ ติดตามการบริหารจัดการการพัฒนา บุคลากรของจังหวัด/เขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพ/จังหวัดได้จัดทำแผนพัฒนากำลังคน ส่วนใหญ่จะ ไม่ครอบคลุมสายสนับสนุน และทุกวิชาชีพ โดยเขตสุขภาพ/จังหวัดมีโอกาสนในการพัฒนากลไก ระบบสนับสนุน (การสื่อสาร ความรู้ความเข้าใจของบุคลากร ระบบสารสนเทศ กำหนดเกณฑ์ และคุณสมบัติของผู้รับการอบรม ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ) ตลอดจนให้ความสำคัญกับการกำกับ ติดตามผลการพัฒนา บุคลากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด

ดังนั้น ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เขตสุขภาพจึงควรพัฒนากลไกและสนับสนุนที่ให้เกิดการบริหาร จัดการการพัฒนากำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่สอดคล้องและเชื่อมโยง กับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี และกำกับติดตามให้จังหวัดจัดทำแผนพัฒนากำลังคนอย่างมีคุณภาพ สร้างความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อพัฒนาบุคลากรตามเป้าหมายที่กำหนด ตลอดจนติดตามแก้ไขผลกระทบที่เกิดจากการบริหารจัดการกำลังคนของเขตสุขภาพด้วย

๒. เป้าหมายความสำเร็จ : เขตสุขภาพ/จังหวัดมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ)

๒.๑ การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ

๒.๒ การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน

๒.๓ การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน

๒.๔ การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน

๒.๕ การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ

พื้นที่ดำเนินการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ประเด็นการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : ๓.๑ การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ/จังหวัด เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี และครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ (ตามที่กำหนด)						
เขตสุขภาพ/จังหวัด	๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนของจังหวัด/เขตสุขภาพ โดยครอบคลุมผู้แทนสถานบริการทุกระดับ /วิชาชีพ/สถาบันการผลิต ๒. ชี้แจงผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากรของจังหวัด/สถานบริการทุกระดับ ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคน/การพัฒนาบุคลากรเป็นแนวทางเดียวกัน ๓. สนับสนุนข้อมูลต่างๆ ให้กับจังหวัด/สถานบริการทุกระดับ เช่น -สถานการณ์กำลังคนของ เขตสุขภาพ/จังหวัด -แผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข -แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) ๔.จัดทำแผนความต้องการพัฒนากำลังคน/แผนพัฒนาบุคลากร(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) ของจังหวัด/เขตสุขภาพให้มีความครอบคลุม	๑. คำสั่ง ค.ระดับเขต/จังหวัด ๒. แผนความต้องการพัฒนากำลังคน/แผนพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด ครอบคลุมสถานบริการทุกระดับ และ ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (ตามที่กำหนด) ๑) บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี ๗ สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข ๒) บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) มี ๑๔ สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และ นักการแพทย์แผนไทย นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา ๓) บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) มี ๗ สายงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่เวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน		แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๓ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๔ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ	

พื้นที่ดำเนินการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ประเด็นการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	กำลังคนทุกกลุ่มสาขา/วิชาชีพ และทุกมิติ (๔ Excellence ตามยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี)	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงาน รังสีการแพทย์ ๔) บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี ๑๐ สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน การเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการ งานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ ๕) ผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น				
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : ๓.๒ การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน						
เขตสุขภาพ/จังหวัด	๑. สร้างการมีส่วนร่วมโดยแต่งตั้งผู้แทนสถาบันการผลิตและพัฒนาบุคลากรเป็นคณะกรรมการพัฒนากำลังคนของจังหวัด/เขตสุขภาพ ๒. ประเมินการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรร่วมกัน(คน เงิน ของ)ของเขตสุขภาพด้านการพัฒนากำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ๓. ประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขต	๑. มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด (MOU /หรือเอกสารข้อตกลงการผลิตและพัฒนาาร่วมกัน) ๒. ผลการดำเนินการร่วมกันด้านการผลิตและพัฒนา(บริหารจัดการฯ/หลักสูตรการผลิตและพัฒนา)		การสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุม ครอบคลุมร้อยละ ๔๐	การสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๖๐	

พื้นที่ดำเนินการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ประเด็นการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓.๓ :การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน						
เขตสุขภาพ/จังหวัด	๑. นำแผนสู่การปฏิบัติจริง (มีการระบุหลักสูตร/โครงการ/วิธีการพัฒนา/กลุ่มเป้าหมาย/งบประมาณ/ระยะเวลาการดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ ๒. จัดลำดับความสำคัญของโครงการ/หลักสูตรในแผนพัฒนาบุคลากร ๓. กำกับ ติดตามผลการเบิกจ่ายงบประมาณเสนอต่อผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ/จังหวัดทุกเดือน	๑. แผนปฏิบัติการฯ ๒. ผลการใช้จ่ายงบประมาณการพัฒนาบุคลากร ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (ตามที่กำหนด) เปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนการพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด(คงเหลือ/ผูกพัน/คืน) และปัญหา/อุปสรรคการใช้จ่ายงบประมาณ		การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๗๐	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๘๐	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓.๔ : การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน						
เขตสุขภาพ/จังหวัด	๑. การจัดสรรบุคลากรมีการกระจายอย่างเหมาะสม(ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ) ๒. การกำหนดเป้าหมายการผลิตและพัฒนา และดำเนินการพัฒนากำลังคนให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของเขต ๓. จัดทำเกณฑ์คัดเลือกบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม ๔. พัฒนาฐานข้อมูลบุคลากร (ความเชี่ยวชาญ,จำนวน,การกระจาย)	๑. ผลการพัฒนาบุคลากร ทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ/จังหวัด ๒. การจัดเก็บและรายงานผล(สาขา/วิชาชีพ/หลักสูตร /ความเชี่ยวชาญจำนวน /สถานบริการ เป็นต้น)		บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ/จังหวัด ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ/จังหวัด ร้อยละ ๖๐ ของเป้าหมาย	

พื้นที่ดำเนินการ	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	ประเด็นการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	๕. กำกับติดตามผลการพัฒนาบุคลากรเสนอผู้บริหารทุกเดือน					
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓.๕ : การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคน						
เขตสุขภาพ/จังหวัด	๑. ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และการแก้ไขปัญหาการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตมีความเหมาะสม สอดคล้องกับนโยบาย ๒. การลดข้อร้องเรียนและการต่อรองทางวิชาชีพที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายในระดับประเทศ ๓. นิเทศหน่วยงานในเขตสุขภาพเพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาบุคลากรของเขตสุขภาพ	จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต		มีปัญหาเรื่องการจัดการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๕ ของภาพรวมกระทรวง	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนาพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๐ ของภาพรวมกระทรวง	
ชื่อ-สกุล		ตำแหน่ง/หน่วยงาน		หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address		
๑.นางกัลยา เนติประวัตี		ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก		Tel ๐๒ ๕๕๐๑๘๑๘. Mobil ๐๘๑ ๖๔๙ ๙๓๙๕. e-mail: catypakdee@gmail.com		
๒.นางศรีนวล ศิริคะรินทร์		ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ สถาบันพระบรมราชชนก		Tel ๐๒ ๕๕๐๑๘๐๙ Mobile ๐๘๑ ๖๙๖๒๘๐๑ e-mail : srinuans๗๑๑@gmail.com		

รายละเอียดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี	
หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	๑๑. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	๒. โครงการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๗๒. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
คำนิยาม	เขตสุขภาพ หมายถึง กลุ่มจังหวัดที่มีประชากรประมาณ ๓-๖ ล้านคนต่อเขตสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพครอบคลุม ๔ มิติการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพดำเนินงานที่ชัดเจน การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคน หมายถึง เขตสุขภาพมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับสถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ ๑)การวางแผนการผลิตและพัฒนาากำลังคน ของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ ๕ ปี ครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ๓๘ สายงานประกอบด้วย ๑.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี ๗ สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข ๒.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่ ๒.๑ บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ๗สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย ๒.๒ บุคลากรอื่น มี ๗ สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา ๓. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี ๗ สายงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉินเจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์ ๔.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี ๑๐ สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าหน้าที่งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่งานธุรการ ๕.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น ๒)การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนาากำลังคนหมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนา

ความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพและใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ ๓)การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้/ติดตามการใช้งบประมาณที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด ๔)การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพโดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ๕)การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพหมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขตสุขภาพด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/การสรรหา/การคิดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง ๕ องค์ประกอบ ตามรายละเอียดที่กำหนด ดังนี้			
องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
๑.การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคน ของ เขตสุขภาพ	๑.กระบวนการจัดทำแผน ๑.๑.แผนความต้องการ กำลังคน(จำนวนที่ สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต)โดยมี ความครอบคลุมกลุ่ม สาขา/วิชาชีพ๕ กลุ่มเป้าหมาย ๑.๒. แผนพัฒนาบุคลากร ของเขตที่และสอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ (๔Excellence ตาม ยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี)	๑. แผนความ ต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้อง กับแผนกำลังคนของ เขต) ๒. แผนพัฒนา บุคลากร เชื่อมโยง กับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence	ระดับ ๓ (๙ เดือน)
๒.การสร้าง ความร่วมมือ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	๑.ความร่วมมือระหว่าง สถาบันการผลิตและ พัฒนาและเขตสุขภาพ ๒.การบูรณาการทรัพยากร ในการใช้(คน เงิน ของ) ร่วมกัน Stakeholder ใน เขตสุขภาพ	มีการสร้างความ ร่วมมือของสถาบัน การผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ใน พื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ ๓ (๙ เดือน)

	๓.การบริหาร งบประมาณ ด้านการผลิต และพัฒนา กำลังคน	๑.การใช้งบประมาณได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และ ทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ ๓ (๙ เดือน)
	๔.การบริหาร จัดการด้าน การผลิตและ พัฒนา กำลังคน	๑.การจัดสรร/การ กระจาย/กลุ่มเป้าหมาย ของบุคลากรอย่าง เหมาะสม(ทั้งด้านจำนวน และศักยภาพ)ให้มีความ สอดคล้องกับ ความต้องการของเขต	มีจำนวนความ ต้องการ/การพัฒนา กำลังคนได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ ๓ (๙ เดือน)
	๕.การ ประเมินผล กระบวน การบริหาร จัดการการ ผลิตและ พัฒนา กำลังคนของ เขตสุขภาพ	๑.ปรับปรุง/พัฒนา แนวทางการบริหาร จัดการเพื่อให้ระบบการ บริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาการ ผลิตและพัฒนา กำลังคน ๒.การลดข้อร้องเรียนและ การต่อรองทางวิชาชีพที่ อาจก่อให้เกิดความ เสียหายในระดับเขต/ ประเทศ	๑.จำนวนการขาด แคลนบุคลากร ใน ระดับเขตลดลง ๒.จำนวนข้อ ร้องเรียน/อัตราการ ย้าย ลาออกลดลง	ระดับ ๓ (๙ เดือน)

เกณฑ์เป้าหมาย: ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพในการดำเนินงานในแต่ละองค์ประกอบที่ผ่านเกณฑ์
ระดับ ๓ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เขตสุขภาพ ๑๒ เขต
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจราชการจังหวัด/ การสำรวจจากเขตสุขภาพ การรวบรวม/วิเคราะห์/สรุปผลรายงานรอบ ๖ (ไตรมาสที่ ๒)/รอบ ๙ (ไตรมาสที่ ๓)
แหล่งข้อมูล	จังหวัด/เขตสุขภาพ
รายการข้อมูล ๑	-
รายการข้อมูล ๒	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	๒ ครั้ง (ตามรอบการตรวจราชการ)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ตาม องค์ประกอบที่ ๑ - ๔ ที่ระดับ ๒	เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์ทั้ง ๕ องค์ประกอบที่ระดับ ๓	
วิธีการประเมินผล :		วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนด	

เอกสารสนับสนุน :	นโยบาย/แผนกำลังคนของเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) ยุทธศาสตร์สาธารณสุข ๒๐ ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
	เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ระดับ ความ สำเร็จ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สถาบันพระบรมราชชนก ๑.นางกัลยา เนติประวัติ				

เกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๕ องค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
๑.การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ	๕	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวนและ ศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และ ครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับ บริการ
	๔	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจ ไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	๓	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๔ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจ ไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	๒	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๓ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจ ไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	๑	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๒ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจ ไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
๒.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิต และพัฒนากำลังคน	๕	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐
	๔	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๘๐
	๓	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๖๐
	๒	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๔๐
	๑	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๒๐
๓.การบริหารงบประมาณด้านการ ผลิตและพัฒนากำลังคน	๕	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ๑๐๐

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
	๔	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๙๐
	๓	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๘๐
	๒	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๗๐
	๑	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ ๖๐
๔.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	๕	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมาย
	๔	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย
	๓	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๖๐ ของเป้าหมาย
	๒	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย
	๑	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๒๐ ของเป้าหมาย
๕.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ	๕	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ ๑๐ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)
	๔	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๑๕ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)
	๓	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๐ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)
	๒	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๒๕ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)
	๑	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๓๐ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร / อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต)

แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เขตสุขภาพที่.....วันที่.....ชื่อผู้รายงาน.....

ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
๑.การวางแผนการผลิตและ พัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	๕	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้ง จำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และ ครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุก สายงาน) ทุกระดับบริการ		
	๔	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุก ระดับบริการ		
	๓	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๔ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุก ระดับบริการ		
	๒	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๓ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุก ระดับบริการ		
	๑	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง ๒ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุก ระดับบริการ		
๒.การสร้างความร่วมมือด้าน การผลิตและพัฒนากำลังคน	๕	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐		
	๔	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๘๐		
	๓	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการ ผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๖๐		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
	๒	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๔๐		
	๑	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๒๐		
๓.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	๕	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๑๐๐		
	๔	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๙๐		
	๓	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๘๐		
	๒	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๗๐		
	๑	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ ๖๐		
๔.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	๕	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมาย		
	๔	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย		
	๓	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๖๐ ของเป้าหมาย		
	๒	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย		
	๑	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๒๐ ของเป้าหมาย		
๕.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	๕	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ ๑๐ ของภาพรวมกระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาด แคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออก ลดลง ในระดับเขต)		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
	๔	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับ ร้อยละ ๑๕ ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาด แคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออก ลดลง ในระดับเขต)		
	๓	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับร้อยละ ๒๐ ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาด แคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออก ลดลง ในระดับเขต)		
	๒	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับร้อยละ ๒๕ ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาด แคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออก ลดลง ในระดับเขต)		
	๑	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/ เท่ากับร้อยละ ๓๐ ของภาพรวม กระทรวง (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาด แคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออก ลดลง ในระดับเขต)		

หัวข้อ ๓.๒ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน

ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value “MOPH” ไปใช้ (เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ขึ้นไป)

สถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อทบทวนจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ของทั้งผู้บริหารในส่วนกลาง และตัวแทนบุคลากรจากส่วนภูมิภาค โดยเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ ๓ ขั้นตอน ได้แก่

๑. ย้อนมองทบทวนสถานการณ์จากอดีตเพื่อพัฒนาวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุข

๒. พัฒนาค่านิยมที่ดีงาม (Core value) ของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข

๓. วิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาจาก ๒ ขั้นตอนดังกล่าว

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการทั้ง ๓ ขั้นตอน กระทรวงฯ ได้บทสรุปสำหรับจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยมของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการร่วมวางยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในระยะ ๒๐ ปี

สำหรับวิสัยทัศน์ “เจ้าหน้าที่มีความสุข” นั้น ที่ประชุมได้สรุปให้กำหนดยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ดังกล่าวมีแผนงานเป็นการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพรองรับมีโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนและได้กำหนดตัวชี้วัดหนึ่งเป็น ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value “MOPH” ไปใช้

ประเด็นตรวจราชการ : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value “MOPH” ไปใช้

เป้าหมายปีงบประมาณ ๒๕๖๐: ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขมีความสำเร็จของการนำ Core value MOPH ไปใช้ตั้งแต่ระดับที่ ๓ ขึ้นไป

หมายเหตุ : คำอธิบาย

ระดับความสำเร็จของการนำดัชนีความสุขคนทำงานและ Core Value “MOPH” ไปใช้

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์แสดงถึงความสำเร็จ
ระดับ ๑	มีการชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและ การนำดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH ไปใช้
ระดับ ๒	มีการสำรวจข้อมูลความสุขของบุคลากรโดยใช้ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work Life Index)
ระดับ ๓	มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work Life Index)

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์แสดงถึงความสำเร็จ
ระดับ ๔	มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานและ Core Value "MOPH" โดยมีพื้นฐานการทำแผนจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์ระดับ ๓
ระดับ ๕	เอกสารหมายเลข ๒ มีการปฏิบัติตามแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานและ Core Value "MOPH" ที่วางไว้ตามเกณฑ์ระดับ ๔

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

๑. ระยะ ๓ เดือน

๑.๑ ตั้งคณะทำงานเพื่อบริหารจัดการการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH ระดับกระทรวง

๑.๒ สรรหาเครื่องมือวัดความสุขและวิธีการประเมินการนำ Core value MOPH ไปใช้

๑.๓ ดำเนินการสื่อสารกับองค์กรเรื่องการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH รวมถึงการวัด ประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม โดยประชาสัมพันธ์การใช้เครื่องมือ และทำความเข้าใจกับตัวแทนหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ผ่านทางสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ และผ่านทางการชี้แจงในการประชุมระดับชาติ การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในระบบสุขภาพ “National Forum Human Resources for Health ๒๐๑๗ : (HR๔H Forum)” ที่จะจัดในวันที่ ๖-๘ ธันวาคม ๒๕๕๙

๒. ระยะ ๖ เดือน

๒.๑ ดำเนินการสื่อสารกับองค์กรเรื่องการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH รวมถึงการวัด ประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องผ่านทางสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH

๒.๒ สํารวจและประมวลผลจำนวนหน่วยงานที่มีการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH ประมวลผลจำนวนหน่วยงานที่มีการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานจาก Application หรือ Web-based data

๓. ระยะ ๙ -๑๒ เดือน

๓.๑ ดำเนินการสื่อสารกับองค์กรเรื่องการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH รวมถึงการวัด ประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องผ่านทางสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH

๓.๒ ประมวลผลจำนวนหน่วยงานที่มีการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานจาก Application หรือ Web-based data

๓.๓ สํารวจระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH

ผลลัพธ์ที่ต้องการและแนวทางการตรวจ/ติดตาม

กำหนดเวลาตรวจ/ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	แหล่งข้อมูลที่จะใช้ในการตรวจ/ติดตาม	หมายเหตุ
๓ เดือน	-	-	เป็นระยะที่ส่วนกลางเตรียมการเพื่ออำนวยความสะดวกให้พื้นที่สามารถนำดัชนีความสุขของคนทำงานและ Core value MOPH
๖ เดือน	๑. หน่วยงานร้อยละ ๓๐ มีระดับความสำเร็จของการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป ๒. หน่วยงานร้อยละ ๓๐ มีระดับความสำเร็จของการนำ Core value MOPH ไปใช้ตั้งแต่ระดับที่ ๓ ขึ้นไป	๑. Application หรือ Web-based data และ ข้อมูลรายงานจากการสำรวจ	-
๙ เดือน	๑. หน่วยงานร้อยละ ๔๐ มีระดับความสำเร็จของการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป	๑. Application หรือ Web-based data	-
๑๒ เดือน	๑. หน่วยงานร้อยละ ๕๐ มีระดับความสำเร็จของการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป ๒. หน่วยงานร้อยละ ๕๐ มีระดับความสำเร็จของการนำ Core value MOPH ไปใช้ตั้งแต่ระดับที่ ๓ ขึ้นไป	๑. Application หรือ Web-based data และ ข้อมูลรายงานจากการตรวจราชการรอบแรก (Paper)	-

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ /กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ / e-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่ รับผิดชอบ
นางธิดิภัทร คูหา	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	Tel.๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ e-mail :inspect.n@gmail.com	- ให้ข้อมูลทาง วิชาการ
นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์	นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	Tel. ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ e-mail :hrh.bps@gmail.com	- ให้ข้อมูลทาง วิชาการ
พญ.ปิยนุช วรรณา	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ	Tel. ๐๘๙ ๖๒๖๔๐๑๔ e-mail : nulam๑@gmail.com	- ดัชนีวัด ความสุขของ คนทำงาน
นางสาวจิรพร ทองหอม	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญ การ กลุ่มบริหารงานบุคคล	Tel. ๐๒ ๕๙๐๑๓๔๔ e-mail : jeerap_๑๕@hotmail.com	- ให้ข้อมูลทาง วิชาการ
นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน	นักทรัพยากรบุคคล ปฏิบัติการ กลุ่มบริหารงานบุคคล	Tel. ๐๒ ๕๙๐๑๓๔๔ e-mail : sudjatch@gmail.com	- ให้ข้อมูลทาง วิชาการ

รายละเอียดตัวชี้วัด

หมวด	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนที่	๑๑. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	๓. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๗๔. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value “MOPH” ไปใช้
คำนิยาม	หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life index) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมินและนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น ๕ ระดับ ได้แก่ ระดับที่ ๑ ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ระดับที่ ๒ มีการสำรวจข้อมูล ระดับที่ ๓ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ระดับที่ ๔ มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน ระดับที่ ๕ มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐

วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based ๒.รายงานของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	มีการชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการวัดดัชนีความสุขของ	หน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน	ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของ

แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๐๑๘๘๒๑๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๓๘๔ E-mail : inspect.n@gmail.com ๒. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐-๒๕๙๐๒๔๕๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๙๓๓๕๓๔๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๓๘๔ E-mail : hrh.bps@gmail.com สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางสาวจีรพร ทองหอม นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๓๘๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๓๙๒๙๐๘, ๐๘๑-๔๕๙๔๘๗๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : jeerap_๑๕@hotmail.com ๒. นางสาวสุดใจ จันทร์เลื่อน นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๓๘๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๘๙๗๗๙๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๔๒๑ E-mail : sudjaich๑@gmail.com กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๑. นางธิตทิภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๐๑๘๘๒๑๑ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๓๘๔ E-mail : inspect.n@gmail.com ๒. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๙๓๓๕๓๔๖ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๓๘๔ E-mail : hrh.bps@gmail.com สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวข้อ ๓.๓ การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

สถานการณ์

หลักการและเหตุผล

๑. ระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐ เริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข

๒. การผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขยังไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่เป็นไปตามที่พึงประสงค์ มีการสูญเสียกำลังคนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเกิดการขาดช่วงในการหาบุคคลมาทดแทนการขาดแคลนอัตราากำลังที่จำเป็น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีภาระงานมากกว่าปริมาณที่บุคลากรคนหนึ่งตำแหน่งหนึ่งจะทำได้ในระยะเวลาหนึ่งตามกรอบมาตรฐานที่กำหนด จึงจำเป็นต้องพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคประชาชนและภาคประชาสังคมให้เข้มแข็ง เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพในชุมชนที่มีศักยภาพและเป็นแกนหลักในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพของประชาชน

๓. พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases : NCDs) มากขึ้น

๓.๑ มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวนถึง ๑ ล้านคน และมีจำนวน ๙ แสนหกหมื่นคนที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ส่วนอีก ๖ หมื่นสามพันคนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘) และปี ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีผู้สูงอายุติดบ้าน ๒๓๕,๓๐๑ คน และผู้สูงอายุติดเตียง ๑๓๖,๖๗๗ คน (ข้อมูล TDRi ณ ๗ ตุลาคม ๒๕๕๙)

๓.๒ มีคนไทยจำนวนถึง ๑๔ ล้านคน ที่เป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศ โดยจากสถิติปี พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่า มีประชากรเสียชีวิต จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน หรือ คิดเป็น ๗๓% ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด ในปี ๒๕๕๒

๓.๓ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ ๘ ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ๒ แสนคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน โดยผู้ป่วยไต ๑ คน มีค่าใช้จ่ายในการล้างไตเฉลี่ยเดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท แต่ค่าใช้จ่ายปีละประมาณสูงถึง ๓,๐๐๐ ล้านบาท คาดว่าปี ๒๕๖๐ อาจต้องใช้งบประมาณถึงกว่า ๑๗,๐๐๐ ล้านบาท (ข้อมูลจากสมาคมโรคไต)

๓.๔ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๔ จำนวน ๘๖,๗๐๘ คน (ข้อมูลจาก Dashboard - HDC - กระทรวงสาธารณสุข) และในระยะนี้หากได้รับการดูแลสุขภาพอย่างดีจะทำให้ลดระยะการป่วยจากระยะที่ ๔ เป็นระยะที่ ๓ หรืออยู่ในภาวะคงที่ระยะที่ ๔

๓.๕ หากผู้ป่วยโรคไตได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรกๆ ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ จะชะลอการเกิดไตวายระยะสุดท้ายนานขึ้น จาก ๗ ปี เป็น ๑๔ ปี (ข้อมูลบทเรียนจากกำแพงเพชรของสถาบันไตภูมิราชนครินทร์ ร่วมกับโรงพยาบาลคลองขลุง และโรงพยาบาลทรายทองพัฒนาจังหวัดกำแพงเพชร)

๔. ประเทศไทย มีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประเทศมุ่งหวังให้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-Care) ให้ประชาชนได้เลือกวิธีการหรือกิจกรรมที่ใช้ประเพณีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของประชาชน ด้วยกันเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ระวังรักษาร่างกายให้สะอาดปราศจากเชื้อโรค ภัยอันตราย ที่อาจจะทำให้บาดเจ็บ ป่วย เสี่ยงหรือพิการ การดูแลจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสและระวังภัยจากสังคม ตลอดจน การวิเคราะห์ สืบค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง โดยการใช้องค์ความรู้ ภูมิปัญญา เทคโนโลยีและ ทรัพยากรพื้นฐานในครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเริ่มจากการสร้างระบบการสร้างความรู้ในชุมชนที่ต้องมี คนที่รู้เรื่องสุขภาพ และเป็นศูนย์รวมในการให้คำปรึกษาหารือเรื่องสุขภาพและเป็นตัวจักรสำคัญในการ ขับเคลื่อนสุขภาพในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ อสม. ผสส.

๕. กระทรวงสาธารณสุขขยายเครือข่ายการสร้างความรู้ให้ประชาชนจากชุมชนไปสู่ถึงครัวเรือน ด้วยการกำหนดนโยบายส่งเสริมให้มี อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ด้วยการให้นาบุตรหลาน ญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมาเข้ารับการอบรมหรือเรียนรู้ร่วมกับญาติที่ป่วยว่าควรจะทำอย่างไรและจะ ทำอย่างไรให้คนในครอบครัว มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วย ตนเอง ซึ่งเป็นการสร้างกระบวนการให้ประชาชนดำเนินการตามหน้าที่ของพลเมืองในการมีความรู้ ความเข้าใจ และประเพณีปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างรับผิดชอบด้วยความรู้สึกที่ “สุขภาพเป็นของเรา” ในทุกครอบครัว อย่างน้อยครอบครัวละ ๑ คน จะมี อสค. ที่มีความรู้และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกใน ครอบครัว อันเป็นการเชื่อมโยงหนุนเสริมการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของ ประชาชน ตลอดจนทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้และเสริมพลังกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย โดยเริ่มดำเนินการครั้งแรกตั้งแต่เดือนมิถุนายน ๒๕๕๙ เป็นต้นมา และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง เกิดผลเชิง รูปธรรมของผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน อสค.และเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ระดับครอบครัว จึงกำหนดเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ความสัมพันธ์กับแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข

การเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว โดยกลไกกำลังคนด้านสุขภาพ เครือข่ายภาคประชาชน ในรูปแบบอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เป็นแผนงานตามยุทธศาสตร์เฉพาะ ของรัฐบาล (Agenda) กลุ่มงานด้านสังคม ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๗๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม สอดคล้องกับ

(๑) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) เป้าหมายที่ ๓ ทำให้แน่ใจถึงการมีสุขภาพะในการดำรงชีวิต และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ

(๒) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ในยุทธศาสตร์ ๑ การ เสริมสร้างและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์: ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อ สุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพภาครัฐ และพัฒนาระบบการ ดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย และยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างความเป็นธรรมและลด ความเหลื่อมล้ำในสังคม

(๓) ประเด็นการปฏิรูปของสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทย: เรื่อง การวางแผนกำลังคนภาครัฐ เชิงยุทธศาสตร์

(๔) นโยบายรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้แก่ ข้อ ๕ การยกระดับคุณภาพ และบริการด้าน สาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยจะวางรากฐาน พัฒนา และเสริมความเข้มแข็งให้แก่การบริการ ด้านสาธารณสุข และสุขภาพประชาชน

(๕) ยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข คือ (๑) ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) แผนที่ ๑๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการที่ ๔ โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ (๒) นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้สมาชิกในครัวเรือนเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ข้อมูลผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา

ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ อาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จำนวน ๔๐,๐๐๐ คน จากการสนับสนุนงบประมาณของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และจังหวัดดำเนินการเพิ่มเติมภายใต้ทรัพยากรของพื้นที่ จำนวน ๑๐,๖๕๒ คน รวมจำนวนทั้งสิ้น ๕๐,๖๕๒ คน (ข้อมูลจากรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน อสค. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน)

เป้าหมายรายจังหวัดจัดกลุ่มเขต

พื้นที่ดำเนินการทั่วประเทศ จำนวนเป้าหมาย ๘๖,๗๐๐ คน รายละเอียดเป้าหมายรายจังหวัดปรากฏตามเอกสารที่เกี่ยวข้อง เรื่อง เป้าหมายรายจังหวัด

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ ในเขตรับผิดชอบ

(ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก <http://hdcservice.moph.go.th/> วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙)

เขตสุขภาพที่	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ (คน)
๑	๑๑,๕๑๕
๒	๕,๖๓๑
๓	๕,๐๙๘
๔	๕,๔๒๓
๕	๖,๐๐๐
๖	๕,๓๕๒
๗	๙,๗๓๗
๘	๑๐,๗๓๑
๙	๙,๘๔๕
๑๐	๙,๓๐๘
๑๑	๓,๙๖๒
๑๒	๔,๐๙๘
รวม	๘๖,๗๐๐
๑๓	เฉพาะเป้าหมายของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (อยู่ระหว่างที่กรุงเทพมหานครและเครือข่ายสุขภาพ ตรวจสอบข้อมูล เพื่อดังเป้าหมายดำเนินการ)

หมายเหตุ ทุกจังหวัดทุกกลุ่มเขตสามารถเพิ่มเป้าหมายการดำเนินงานได้ ตามสภาพปัญหา บริบท ข้อมูลจริงและความพร้อมของพื้นที่ ทั้งนี้ให้แจ้งเป้าหมายที่เพิ่มเติมมายังกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อทราบและพิจารณาให้การสนับสนุนทรัพยากรตามเหมาะสม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนและพัฒนาภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคประชาชนให้เข้มแข็ง ภายใต้ ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ ให้สามารถหนุนเสริมระบบบริการสุขภาพ (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ) และ สุขภาวะในการดำรงชีวิต และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกกลุ่มทุกช่วงอายุ (PP Excellence Strategies) ด้วยการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

๑) เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน

๒) เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ

๓) เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจาก คนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด

๔) เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและ เชื่อมโยงส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน

๒. เพื่อส่งเสริมให้ทุกระบบบริการสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในทุกกลุ่มวัย อาทิ คลินิกโรคไต คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิกความดันโลหิต เบาหวาน การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทีมหมอครอบครัว ฯลฯ มีระบบอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) นำมาเสริมฐานทุนเดิมของภาครัฐให้เกิด เป็นพลังในระบบสุขภาพของประเทศ ต่อยอดการดูแลสุขภาพจากบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข สถานพยาบาล อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ขยายผลไปถึงครอบครัว อย่างน้อยแต่ละครอบครัวจะมี ๑ คน ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และสมาชิกที่มีในครอบครัวได้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและ แก้ไขปัญหาของชุมชน

หมายเหตุ: อสค. ไม่มีค่าตอบแทนหรือสิ่งตอบแทนใดๆและ อสค.จะไม่เรียกร้องสิ่งตอบแทนใดๆ ทำเพื่อบุคคลในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

การตรวจราชการรอบที่ ๑

๑. การพัฒนาศักยภาพ อสค. เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว โดยกลไกการ หนุนเสริมระบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ

๒. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพ ของครอบครัว

การตรวจราชการรอบที่ ๒

๑. การประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

๒. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพ ของครอบครัว

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : (๑) การพัฒนาศักยภาพ อสค. เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว โดยกลไกการหนุนเสริมระบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ			
๑. ทุกจังหวัดมี อสค. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและเป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว	๑.๑ พัฒนากลไกการหนุนเสริมการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ	(๑) มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กระบวนการดำเนินงาน บทบาทของแต่ละภาคส่วนในการขับเคลื่อนงานและสิ่งที่จะได้ประโยชน์ ที่จะเกิดขึ้นทั้งในภาพรวม ส่วนงานและประชาชน (๒) มีการประสานงานบูรณาการร่วมกันระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง สถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข รพ.สต. ทีมหมอครอบครัว ผู้จัดการ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) อสม. ฯลฯ สร้างเป็นกลไกในการหนุนเสริมการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ (๓) ใช้กลไกตามข้อ (๒) ขับเคลื่อนติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน อสค. และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว	มีเครือข่ายทุกภาคส่วนทุกระดับ (โดยเฉพาะหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพภาคประชาชน) เป็นกลไกการขับเคลื่อนและหนุนเสริมการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบล
	๑.๒ พัฒนาศักยภาพ อสค. เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว	(๑) มีข้อมูล ■ ครอบครัว โรค/ปัจจัย/ภาวะของสมาชิกในครัวเรือนที่มีต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่เขตรับผิดชอบ/ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ■ ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลครอบครัว โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ติดสังคม ครอบครัวผู้ป่วย โรคความดันโลหิตและหรือ โรคเบาหวานที่เป็นโรคไตในแต่ละระยะ รวมถึงข้อมูลกลุ่มวัยอื่น ■ ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลครอบครัว ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ครอบครัวผู้ป่วย โรคความดันโลหิตและหรือ โรคเบาหวานที่เป็นโรคไตที่ได้รับการสอนหรือถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพจากคลินิก CKD NCD หรือ ทีมหมอครอบครัว เครือข่ายเยี่ยมบ้าน ทีมสหสาขา หรือโรงเรียนเกี่ยวกับการรักษาไต ความดัน เบาหวาน	มี อสค. ที่มีความรู้ความเข้าใจและประพฤติปฏิบัติตนจริงอย่างเป็นรูปธรรมตามบทบาท อสค. ที่กำหนด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		(๒) มีการวิเคราะห์ข้อมูล (๑) กำหนดจำนวนและกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานตามเงื่อนไขกำหนดและหรือเพิ่มเติมตามจำเป็นและบริบท (๓) มีแผนการดำเนินงาน ■ พัฒนาศักยภาพ อสค. ตามหลักสูตร ประกอบด้วย - ขั้นตอนการคัดเลือกผู้มีความสมบัติตามเกณฑ์กำหนดของ อสค. โดยไม่เลือกบุคคล ผู้มีตำแหน่งเป็น อสม. อยู่แล้ว ทั้งนี้ให้กลไกตามมาตรการ ๑.๑ เป็นผู้ดำเนินการ - ขั้นตอนพัฒนาศักยภาพหรือฝึกอบรม อสค. ■ ส่งเสริมบทบาท อสค. ให้ประพฤติปฏิบัติตนตามบทบาทได้จริง ■ เสริมสร้างศักยภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกิดการประพฤติปฏิบัติตนอย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อยกลุ่มผู้ป่วยที่ อสค. ดูแล ■ ติดตาม กำกับ ประเมินผล อสค. และครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (๔) มีการดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสค. และแผนที่เกี่ยวข้องตามข้อ (๓) ทั้งนี้การพัฒนาศักยภาพ อสค. หรือการฝึกอบรม อสค. มิได้หมายถึงเพียงการนำสมาชิกของแต่ละครอบครัวที่ผ่านการคัดเลือกมารวมกลุ่มเข้าห้องเรียนฟังบรรยาย ๑ วัน แล้วมอบประกาศนียบัตร แต่หมายถึง - กระบวนการ วิธีการ ที่คลินิกโรคต่างๆ เช่น โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันหรือการสอนหรือการจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกับญาติที่ป่วยเมื่อมารับบริการของสถานพยาบาลต่างๆ ในการถ่ายทอดความรู้ ฟังเรื่องราวประสบการณ์จากของจริง ทั้งการ	

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		บรรยาย อธิบาย ฝึกปฏิบัติ สาธิต พาทำ จับมือสอนทำ ตัวอย่างของจริง เพื่อให้ผู้ที่มาเป็น อสค. มีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้จริง (การเรียนรู้ของ อสค. เน้นการปฏิบัติจริง) - การจัดทีมหมอบรรลุวิสัยทัศน์ สหสาขา เครือข่ายเยี่ยมบ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ไปสอนที่บ้านกับของจริง - เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาจากของจริงในครอบครัว ในชุมชน และมีการเรียนรู้ร่วมกับ อสม. ในวันที่มีการประชุม อสม. เพื่อ - ให้อสค.และอสม. เป็นเครือข่ายประสานงานซึ่งกันและกัน โดย อสม. จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง อสค. - สร้างความรู้ความเข้าใจ ในบทบาท อสค. คุณธรรมจริยธรรม และการช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา ให้แก่ อสค. - มอบประกาศนียบัตร บัตรประจำตัว อสค. การอบรมครั้งนี้ทำภายหลังจากการเรียนรู้ร่วมกับญาติ สำหรับประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัว อสค. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้จัดทำโปรแกรมการพิมพ์ให้จังหวัดสามารถดำเนินการได้ ส่วนคู่มือ อสค. หลักสูตร อสค. แนวทางการดำเนินงานและงบประมาณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพสนับสนุนโดยตรงไปยังจังหวัดตามจำนวน เป้าหมายที่กำหนดหรือเพิ่มเติมตามแจ้งมายังกรมฯ (๕) ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงวิธีการ แผนงาน	
	๑.๓ บริหารจัดการข้อมูล	(๑) มีการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยจังหวัดผ่าน http://fvphc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net (๒) มีการใช้ข้อมูลในการกำกับ ติดตาม	มีการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อย่างถูกต้องทันสมัย เป็นปัจจุบัน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ประเมินผลการดำเนินงานของ อสค. เชื่อมต่อกับข้อมูล ๔๓ แฟ้มของพื้นที่ และ hdcservice ของกระทรวงสาธารณสุข (๓) มีการส่งต่อข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและประเมินผลการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น: (๒) การพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว			
๑. ทุกจังหวัดมี อสค. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	๒.๑ พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร	(๑) มีการสร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค.กับ อสค.โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ก ฯลฯ (๒) มีการสร้างและพัฒนา ระบบสื่อสารระหว่าง อสค.กับ อสม. โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ก ฯลฯ (๓) มีการสร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค. อสม.และเจ้าหน้าที่โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ก ฯลฯ	มีระบบสื่อสาร เทคโนโลยีที่ทันสมัย อสค. อสม.และเจ้าหน้าที่สื่อสารถึงกันได้ง่าย รวดเร็วทั่วถึง เหมาะสมกับบริบท
	๒.๒ พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว	(๑) มีการพัฒนาหรือประยุกต์ใช้ระบบสื่อสารและเทคโนโลยี เพื่อสร้างการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของ อสค.และของครอบครัว อาทิ แอปพลิเคชัน ไลน์ เฟซบุ๊ก ฯลฯ	มีระบบสื่อสาร เทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัย ครอบครัวเข้าถึงได้ง่าย
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : (๓) การประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง			
๒. ทุกจังหวัดมี ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓.๑ พัฒนาระบบการประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง	(๑) มีระบบ/ทีม/กลไกการประเมิน ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (๒) มีการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. ทุกคน (รายละเอียดปรากฏในเอกสารที่เกี่ยวข้องเรื่อง รายละเอียดตัวชี้วัด และ เรื่องการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง) - สุ่มประเมินตามลำดับขั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาล	มีครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ ในระบบของกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป (ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ ดำเนินการสุ่มประเมิน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางาน โดยขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๓๐ ของ อสค.ที่ได้รับการพัฒนา) (๓) มีการนำข้อมูลการประเมินศักยภาพครอบครัว ในการดูแลสุขภาพ เข้าสู่ระบบ (๔) มีการประเมินผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวจากการมี อสค. และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัวในภาพรวมของจังหวัด เขต	

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่รับผิดชอบ
นางอัญธิกา ชีวาลยางกูร	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๕	วิชาการ
นางวิรุณศิริ อารยวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๕	วิชาการ
นายณภดล ครุฑน้อย	กองแผนงาน	๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓/ dol.kr@gmail.com	บริหารจัดการและ การรายงานผลงาน

คู่มือระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑. รายละเอียดตัวชี้วัดร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี																			
หมวด	People Excellence																		
แผนที่	๑๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																		
โครงการที่	๔. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ																		
ลักษณะ	Lagging Indicator																		
ระดับการวัดผล	ประเทศ																		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๗๘. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตรวจราชการ ๖๐)																		
คำนิยาม	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย ๑. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (๑) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (๒) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (๓) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน ๒. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (๑) รับประทานอาหารเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (๒) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (๓) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ(๔) บำรุงรักษาจิตใจ อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้																		
เกณฑ์เป้าหมาย																			
	<table><tr><td></td><td>ปีงบประมาณ ๖๐</td><td>ปีงบประมาณ ๖๑</td><td>ปีงบประมาณ ๖๒</td><td>ปีงบประมาณ ๖๓</td><td>ปีงบประมาณ ๖๔</td></tr><tr><td>จำนวน (คน)</td><td>๘๖,๗๐๐ *</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>๕๐</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	จำนวน (คน)	๘๖,๗๐๐ *					ร้อยละ	๕๐				
	ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔														
จำนวน (คน)	๘๖,๗๐๐ *																		
ร้อยละ	๕๐																		
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน ๒. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ ๓. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด ๔. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยง ส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน																		

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข * ปี ๒๕๖๐ : ร้อยละ ๑๐๐ ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ ๔ หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การจัดเก็บข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ และพัฒนา อสค. ดำเนินการขึ้นทะเบียน อสค. ที่ผ่านการพัฒนาทุกคน บนฐานข้อมูล โดยเข้าบันทึกข้อมูลได้ ๒ ช่องทาง คือ ๑) ฐานข้อมูล http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ ๒) โปรแกรมบนเว็บไซต์ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net ๒. การจัดเก็บข้อมูลประเมินศักยภาพครอบครัว ๒.๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. โดย อสค.แต่ละคนที่ดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเอง ตามแบบประเมินแล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง(Self Assessment)ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร ๒.๒ ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต และส่วนกลางสุ่มประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกข้อมูลผลประเมินบนเว็บไซต์			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด $= \frac{\text{รายการข้อมูล ๑} \times ๑๐๐}{\text{รายการข้อมูล ๒}}$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๐ :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
จำนวน (คน)	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย ๑๐,๐๐๐	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก ๓๐,๐๐๐	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก ๔๖,๗๐๐	-
ร้อยละ	-	-	-	ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ ที่กำหนด ๕๐

วิธีการประเมินผล :	การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด** ประเมินโดย จังหวัด เขต และส่วนกลางด้วยวิธีการ ดังนี้ ๑. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. โดย อสค.แต่ละคน เมื่อประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร ๒.การสุ่มประเมิน ตามลำดับขั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐ ของ อสค.ที่ได้รับการพัฒนา) โดยนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่านฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net **เกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ บทบาท อสค.:การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ ๖๐:๔๐ ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน <table><tr><th>บทบาท อสค.</th><th>ค่าน้ำหนัก</th><th>การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว</th><th>ค่าน้ำหนัก</th></tr><tr><td>๑.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง</td><td>๒๐</td><td>๑. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ต้มน้ำเปล่า</td><td>๑๐</td></tr><tr><td>๒.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง</td><td>๒๐</td><td>๒.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด</td><td>๑๐</td></tr><tr><td>๓.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.</td><td>๒๐</td><td>๓. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด</td><td>๑๐</td></tr><tr><td></td><td></td><td>๔.บำรุงรักษาจิตใจ</td><td>๑๐</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๖๐</td><td>รวม</td><td>๔๐</td></tr></table> รวมทั้งหมด = ร้อยละ ๗๐ จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด	บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก	๑.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	๒๐	๑. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ต้มน้ำเปล่า	๑๐	๒.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	๒๐	๒.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	๑๐	๓.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	๒๐	๓. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด	๑๐			๔.บำรุงรักษาจิตใจ	๑๐	รวม	๖๐	รวม	๔๐
บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก																						
๑.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	๒๐	๑. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ต้มน้ำเปล่า	๑๐																						
๒.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	๒๐	๒.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	๑๐																						
๓.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	๒๐	๓. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด	๑๐																						
		๔.บำรุงรักษาจิตใจ	๑๐																						
รวม	๖๐	รวม	๔๐																						
เอกสารสนับสนุน :	๑. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ๒. หลักสูตร อสค. ๓. คู่มือ อสค. ๔. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว ๕. โปรแกรมการขึ้นทะเบียน อสค. และโปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตร,บัตรประจำตัว อสค. ๖.แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. ผ่านระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาค																								

	ประชาชนwww.thaiphc.net) หมายเหตุ เอกสารหมายเลข ๑ ๒และ๓ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แก่ละ จังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อสค. (คู่มือ อสค.) ตามจำนวนสถานบริการสุขภาพ (หลักสูตรและแนวทางการดำเนินงาน อสค.) นอกจากนี้ทุกพื้นที่ที่สามารถดาวน์โหลด ผ่านทางเว็บไซต์ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th/				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
	๑.จำนวนอาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพ	คน	-	-	-
	๒. ร้อยละของครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางอัญธิกา ชีวาลยางกูร ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ๒. นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๕ อีเมล phc.division@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๒๔ อีเมล phc.division@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นายพนพล ครุฑน้อย กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ โทร ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓ อีเมล dol.kr@gmail.com				

๒. เป้าหมายการดำเนินงานรายจังหวัดจัดกลุ่มเขต

เป้าหมายการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ รายจังหวัดจัดกลุ่มเขต: ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๔ จากฐานข้อมูล HDC (<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑	เชียงราย	๒,๕๖๖	
	เชียงใหม่	๑,๕๔๒	
	น่าน	๑,๒๔๖	
	พะเยา	๑,๓๗๗	
	แพร่	๑,๕๗๘	
	แม่ฮ่องสอน	๑๘๗	
	ลำปาง	๒,๓๒๑	
	ลำพูน	๖๙๘	
รวมเขตสุขภาพที่ ๑		๑๑,๕๑๕	
เขตสุขภาพที่ ๒	ตาก	๕๘๑	
	พิษณุโลก	๑,๒๐๐	
	เพชรบูรณ์	๑,๖๓๘	
	สุโขทัย	๑,๓๘๙	
	อุตรดิตถ์	๘๒๓	
รวมเขตสุขภาพที่ ๒		๕,๖๓๑	
เขตสุขภาพที่ ๓	กำแพงเพชร	๑,๕๐๑	
	ชัยนาท	๒๒๑	
	นครสวรรค์	๑,๗๖๐	
	พิจิตร	๑,๐๓๖	
	อุทัยธานี	๕๘๐	
รวมเขตสุขภาพที่ ๓		๕,๐๙๘	
เขตสุขภาพที่ ๔	นครนายก	๓๙๑	
	นนทบุรี	๙๑๙	
	ปทุมธานี	๔๗๒	
	พระนครศรีอยุธยา	๘๔๓	
	ลพบุรี	๙๒๑	
	สระบุรี	๙๐๐	
	สิงห์บุรี	๕๕๐	
	อ่างทอง	๔๒๗	
รวมเขตสุขภาพที่ ๔		๕,๔๒๓	

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๕	กาญจนบุรี	๗๙๖	
	นครปฐม	๖๓๙	
	ประจวบคีรีขันธ์	๕๗๑	
	เพชรบุรี	๔๘๙	
	ราชบุรี	๑,๑๓๔	
	สมุทรสงคราม	๒๓๗	
	สมุทรสาคร	๔๗๖	
	สุพรรณบุรี	๑,๖๕๘	
รวมเขตสุขภาพที่ ๕		๖,๐๐๐	
เขตสุขภาพที่ ๖	จันทบุรี	๕๔๒	
	ฉะเชิงเทรา	๙๕๘	
	ชลบุรี	๑,๒๗๖	
	ตราด	๒๖๘	
	ปราจีนบุรี	๕๙๕	
	ระยอง	๔๗๔	
	สมุทรปราการ	๘๗๓	
	สระแก้ว	๓๖๖	
รวมเขตสุขภาพที่ ๖		๕,๓๕๒	
เขตสุขภาพที่ ๗	กาฬสินธุ์	๒,๔๑๗	
	ขอนแก่น	๒,๗๘๑	
	มหาสารคาม	๑,๘๓๔	
	ร้อยเอ็ด	๒,๗๐๕	
รวมเขตสุขภาพที่ ๗		๙,๗๓๗	
เขตสุขภาพที่ ๘	นครพนม	๑,๕๔๓	
	บึงกาฬ	๑,๐๖๐	
	เลย	๑,๓๘๘	
	สกลนคร	๒,๗๙๒	
	หนองคาย	๘๔๐	
	หนองบัวลำภู	๘๓๔	
	อุดรธานี	๒,๒๗๔	
รวมเขตสุขภาพที่ ๘		๑๐,๗๓๑	
เขตสุขภาพที่ ๙	ชัยภูมิ	๑,๙๙๖	
	นครราชสีมา	๓,๐๖๘	
	บุรีรัมย์	๒,๙๖๙	
	สุรินทร์	๑,๘๑๒	
รวมเขตสุขภาพที่ ๙		๙,๘๔๕	

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)	หมายเหตุ
เขตสุขภาพที่ ๑๐	มุกดาหาร	๖๓๔	
	ยโสธร	๑,๒๔๐	
	ศรีสะเกษ	๒,๖๘๔	
	อำนาจเจริญ	๙๙๘	
	อุบลราชธานี	๓,๗๕๒	
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๐		๙,๓๐๘	
เขตสุขภาพที่ ๑๑	กระบี่	๓๒๑	
	ชุมพร	๕๑๖	
	นครศรีธรรมราช	๑,๔๑๙	
	พังงา	๔๔๕	
	ภูเก็ต	๑๓๘	
	ระนอง	๙๓	
	สุราษฎร์ธานี	๑,๐๓๐	
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๑		๓,๙๖๒	
เขตสุขภาพที่ ๑๒	ตรัง	๕๔๑	
	พัทลุง	๖๓๘	
	สตูล	๒๑๖	
	สงขลา	๑,๓๕๑	
	นราธิวาส	๔๒๖	
	ปัตตานี	๕๖๔	
	ยะลา	๓๖๒	
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๒		๔,๐๙๘	
รวม	๗๖ จังหวัด	๘๖,๗๐๘	ร้อยละ ๕๐ ของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (๔๓,๓๕๔ ครอบครัว)
เขตสุขภาพที่ ๑๓	กรุงเทพมหานคร		
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๓	๕๐ เขต		
รวมทั้งหมด			

๓. หลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ความนำ

ระบบการสร้างความรู้ในชุมชนของประเทศไทยได้เริ่มต้นเมื่อ ๓๙ ปีที่แล้ว ได้แก่การมี อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นจุดสำคัญในการเริ่มต้นให้คนมีความรู้เรื่องสุขภาพ โดยในระยะแรกจะมีอาสาสมัครสาธารณสุข ๒ ประเภท คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเน้นหนักการรักษาพยาบาลเบื้องต้นกับการสื่อสารข้อมูล โดยผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ต่อมาในปี ๒๕๓๕ ได้มีการรวมอาสาสมัคร ทั้ง ๒ ประเภทเข้าด้วยกัน เป็น อสม. ประเภทเดียว จุดเริ่มต้นของ อสม. จากความคิดที่ว่า ๑๐ ครอบครัวต้องมีคนที่รู้เรื่องสุขภาพ และเป็นศูนย์รวมในการปรึกษาหารือเรื่องสุขภาพได้ ซึ่งได้มีการขยายตัวของงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวจักรขับเคลื่อนสำคัญ จนปัจจุบันมี อสม. ๑.๐๔ ล้านคน ที่เป็นคนเอกซเรย์ให้คำแนะนำด้านสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐาน ประชาชนรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ได้ทำงานแทนหรือทำงานให้เจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ก็ไม่ได้ทำงานให้หรือทำงานแทนสิ่งที่ประชาชนจะทำได้ด้วยตนเอง ทั้งสองฝ่ายต่างมีบทบาทหน้าที่ที่เท่าเทียมกันในการทำประโยชน์ให้กับสังคม โดยมีเป้าหมายให้ประชากรไทยสามารถยืนขึ้นได้เองในการพัฒนาสุขภาพ

จากเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประเทศที่มุ่งหวังให้ประชาชนไทยทั้งระดับบุคคลและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วยการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน อันจะส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพกาย ใจ สติปัญญา สุขภาพสิ่งแวดล้อมดี มีคุณธรรม สามารถแข่งขันได้ในเวทีนานาชาติ หรือ คนไทยเก่ง ดี มีความสุข และโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ความเสี่ยงและภัยสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยลดลง จำเป็นต้องมีการขยายเครือข่ายและต่อยอดจาก อสม. ด้วยการสร้างเครือข่าย (network) เข้าสู่ครัวเรือน ให้มีคนที่รู้วิธีการดูแลสุขภาพมากถึง ๔ ล้านคนทั่วประเทศ ในปัจจุบันการสร้างเครือข่าย (network) เป็นเรื่องสำคัญ สำคัญกว่าข่าวสาร (Information) ซึ่งถ้ากระทรวงสาธารณสุขสามารถพัฒนาระบบเครือข่ายดังกล่าวนี้ขึ้นมา กระทรวงสาธารณสุขเชื่อมั่นว่าในเขตชนบทสามารถดูแลจัดการได้ แต่หากเป็นเขตเมืองอาจจะใช้เทคโนโลยี เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก แต่ต้องพิจารณาให้รอบด้านมากขึ้นว่าจะใช้อย่างไร เพราะเรื่องความลับด้านสุขภาพยังมีอยู่ เพราะคนอื่นจะรู้ว่าเราเป็นโรคอะไร แต่ทิศทางในอนาคตของการสร้างให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเชื่อว่าต้องไปทางเทคโนโลยีมากขึ้น เช่น ในเขตเมืองเคยมีตัวอย่างสามี่เป็นอัมพาตก็ให้ภรรยาช่วยดูแลผ่านทางเฟซบุ๊กได้

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.โสภณ เมฆธน) มินโยบายเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมามากขึ้น จากเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขจะเน้นในเชิงรักษาอย่างเดียว โดยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้คนไทยได้เรียนรู้ที่จะป้องกันดูแลตัวเอง ในเบื้องต้น และส่งต่อไปยังชุมชนรอบข้าง ด้วยการมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อเพิ่มการรู้เท่าทันในด้านสุขภาพมากขึ้น ทั้งการป้องกันโรคใน ๕ กลุ่มวัย โดยเฉพาะในบ้านที่มีผู้สูงอายุ บ้านที่มีคนป่วยไตวายเรื้อรัง บ้านที่มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส ให้นานุตรหลาน ญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล มาเข้ารับการอบรมว่าควรจะดูแลอย่างไร จะล้างไตทางช่องท้องอย่างไร คนวัยทำงานทำอย่างไรจะป้องกันโรคติดต่อเรื้อรังได้ หรือผู้สูงอายุจะทำอย่างไรให้มีสุขภาพแข็งแรงดูแลตัวเองได้ โดยมีชุมชนเป็นตัวสนับสนุน อันเป็นการต่อยอดการดูแลสุขภาพจาก อสม.เข้าไปในครัวเรือนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยกำหนดเป้าหมายว่า ครอบครัวหนึ่ง จำเป็นต้องมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อย่างน้อย ๑ คน ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวได้รับการถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ ทำให้เกิดทักษะทั้งในระดับบุคคลและครอบครัวในการวิเคราะห์ สามารถจัดการความเสี่ยง ภัยสุขภาพ และดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส และ ๕ กลุ่มวัย ตามแต่สมาชิกที่มีใน

ครอบครัวตนเอง เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับครอบครัว ที่จะเชื่อมต่อและช่วยเสริมการดำเนินงานของ อสม. ได้เป็นอย่างดี มีความยืดหยุ่นมากกว่า อสม. ที่มีระเบียบกฎเกณฑ์ บทบาทหน้าที่ และสวัสดิการไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ในการคัดเลือกอาสาสมัครประจำครอบครัว (อศค.) จังหวัดอาจจะพิจารณาถึงความเหมาะสมในรูปแบบต่างๆ ได้ ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อศค.) จงอย่าเร่งรัดและเข้มงวดกับประชาชน และให้โอกาสประชาชนตัดสินใจว่าจะร่วมงาน มีส่วนร่วมหรือไม่ หากประชาชนไม่พร้อมก็ควรเปลี่ยนจุดไปยังจุดอื่น โดยคำนึงถึงต้นทุนเดิมที่มีและทำอยู่ของพื้นที่ ไม่ต้องห่วงเป้าหมายที่ได้รับจนเกินไป ค่อยๆ ทำอย่างจริงจัง มีความชัดเจนในแนวคิด จะทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ ความสำเร็จก็ไม่ยากที่จะบรรลุได้

หลักการ

๑. เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อศค.) ที่มีความรู้พื้นฐาน ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยยกระดับจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยโรคไต กลุ่มผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว ผู้ซึ่งได้รับการถ่ายทอดความรู้ คำแนะนำ และทักษะจากการสาธิต ทดลองปฏิบัติ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สหสาขาและหรือ อสม. จิตอาสา ในการนำผู้ป่วยไปรับบริการสุขภาพ ณ สถานบริการสุขภาพ และหรือเข้าร่วมกิจกรรมของสถานบริการสุขภาพ กลุ่ม ชมรมที่เป็นสมาชิกอยู่

๒. เป็นหลักสูตรที่เน้นการดำเนินการนำความรู้ที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข ประจำสถานบริการสุขภาพทุกระดับและความรู้จาก อสม. จิตอาสา ไปใช้ในการปฏิบัติจริงในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และเป็นหลักสูตรที่ให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยโรคไต กลุ่มผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับความรู้สึกร่วมกัน และสภาพจิตใจของผู้ดูแล เพื่อแบ่งปันความรู้สึกร่วมกัน

๓. เป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้ฝึกอบรมบนฐานทุนเดิม ด้วยการเรียนแบบผ่อนส่ง ด้วยวิธีการที่ทำและมียอยู่แล้ว เพียงจัดระบบของผู้ที่ผ่านการเรียนรู้ด้วยวิธีการต่างๆ ที่ดำเนินการอยู่ มาสร้างความเข้าใจเพิ่มเติมแล้วยกระดับพร้อมขึ้นทะเบียน รวมถึงเป็นหลักสูตรที่สามารถจัดการเรียนรู้ได้ตามศักยภาพและโอกาสของผู้เรียน

จุดมุ่งหมาย

๑. มีความรู้ เจตคติ ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองแก่สมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพให้กับครอบครัวที่เหมาะสมกับโรค ภัย ความเสี่ยง ภัยสุขภาพ และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้

๓. มีทักษะในปฏิบัติงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อศค.) ได้อย่างมีคุณภาพ และเชื่อมโยง ส่งต่อเป็นเครือข่ายสานต่อการดูแลสุขภาพกับ อสม. อย่างเป็นร่างแหเดียวกัน ไม่ซ้ำซ้อนกัน

๔. มีความสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่า สร้างสรรค์ ความเจริญต่อชุมชน ท้องถิ่นและประเทศไทย ตลอดจนชุมชนมีความมั่นคงในการดูแลสุขภาพเหลือเกื้อกูลกัน

๕. มีบุคลิกภาพ เจตคติ มนุษยสัมพันธ์ มีคุณธรรม จริยธรรม และวินัยในตนเอง มีสุขภาพอนามัย ที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ เหมาะสมกับงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

สมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ตามหลักสูตร

๑. ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว
๒. ถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว
๓. ช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพ ของประชาชนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
๔. วิเคราะห์และจัดการความเสี่ยง ภัยสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งนำสมาชิก ไปรับบริการสุขภาพเมื่อพบปัญหาเกินกว่าที่ครอบครัวและ อสม. จะดูแลได้
๕. บันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพของ อสค. ลงในสมุดบันทึกประจำครอบครัว
๖. ประสานงาน เชื่อมโยง เป็นเครือข่ายร่างแห ส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ได้รับความรู้เพิ่มเติมและรับ คำปรึกษาจากอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กลุ่มเป้าหมาย

- สมาชิกในครอบครัวทุกครอบครัว ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้
๑. ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส
 ๒. ผู้สูงอายุทั่วไปที่ช่วยเหลือตัวเองได้และหรือติดสังคม
 ๓. บุคคลที่ครอบครัวไว้วางใจ และเลือกให้เป็น อสค.
 ๔. สมาชิกวัยทำงานของครอบครัวหรือตามบริบท
 ๕. แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว
 ๖. หัวหน้าครอบครัว แม่บ้าน ลูก หลานหรือญาติพี่น้องที่อาศัยในครอบครัว
 ๗. เพื่อนบ้านใกล้ชิดและหรือเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน (กรณีอยู่บุคคลเดียวในครอบครัวและมี ภาวะพึ่งพิง)

โครงสร้างหลักสูตร

เพื่อให้การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เป็นไปตามปรัชญา หลักการ จุดหมาย และ มาตรฐานการเรียนรู้ ที่กำหนด จึงได้กำหนดโครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ไว้ดังนี้

๑. สาระการเรียนรู้

เนื้อหาวิชาที่ต้องเรียนรู้ ประกอบด้วย ๑๑ วิชา จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๘ ชั่วโมง โดย แบ่งออกเป็น ๒ ช่วง คือ

๑) ช่วงที่ ๑ ใช้เวลาเรียนรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานบริการสุขภาพที่นำญาติหรือ กลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภท ไปรับการรักษา และหรือทีมสหสาขามาเยี่ยมบ้าน หรือ รพ.สต. ผู้รับผิดชอบพื้นที่ จำนวน ๑๒ ชั่วโมง ประกอบด้วย ๕ วิชา ได้แก่

๑. แนวคิด ความจำเป็นในการดูแลสุขภาพในการชะลอไตเสื่อม (กรณีมีการเพิ่ม กลุ่มเป้าหมายอื่นนอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ให้มีการเรียนรู้การดูแลสุขภาพตามช่วงชีวิตและกลุ่มโรคที่เจ็บป่วยของกลุ่มเป้าหมายสมาชิกในครอบครัวที่ต้องไปดูแล)

๒. โรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษา บำบัดและการฟื้นฟูสภาพ

๓. วิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ต้องดูแล ทั้งการดูแลสุขภาพครอบครัวในภาวะปกติและการดูแลสุขภาพครอบครัวในภาวะฉุกเฉิน

๓.๑ การดูแลสุขภาพกาย การออกกำลังกาย และการบริหารร่างกาย รวมทั้งสมองและความจำ

๓.๒ การดูแลสุขภาพจิต การทำสมาธิ จิตอาสา การอยู่อย่างมีความสุข การรวมกลุ่มทำกิจกรรม กิจกรรมคลายเครียด กิจกรรมนันทนาการ

๓.๓ หลักการเลือกอาหาร อาหารสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรคและอาหารปลอดภัยสำหรับคนในครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคและภัย

๓.๔ การรับประทานยา เก็บยา การเติมน้ำ และการฉีดวัคซีน

๓.๕ ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพ

๔. การประเมินความเสี่ยง ภัยสุขภาพ ความก้าวหน้าของโรคและการจัดการ รวมถึงการบันทึกข้อมูล

๕. วิชาเลือก เช่น คอมพิวเตอร์ เล่นเปียโนตลอดจนวาริบำบัด ซึ่งเป็นการออกกำลังกายในน้ำ เพื่อรักษาโรคข้อต่างๆ

๒) ช่วงที่ ๒ เรียนรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานบริการสุขภาพ ผู้รับผิดชอบพื้นที่ จำนวน ๖ ชั่วโมง ประกอบด้วย ๖ วิชา ได้แก่

๑. นโยบายและแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๑) นโยบาย อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๒) นิยามความหมายอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๓) การขึ้นทะเบียนและแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๒. บทบาท อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และการเชื่อมโยงเครือข่าย อสม.

(๑) บทบาท อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๒) การเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายร่างแหของ อสม. การส่งต่อข้อมูล รับความรู้ และคำปรึกษา จาก อสม.

๓. การเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา

๔. คุณธรรม จริยธรรม ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๕. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสาร

๖. สิทธิ หน้าที่และหลักประกันสุขภาพของประชาชน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การดำรงชีวิต และการพัฒนาคุณภาพชีวิต

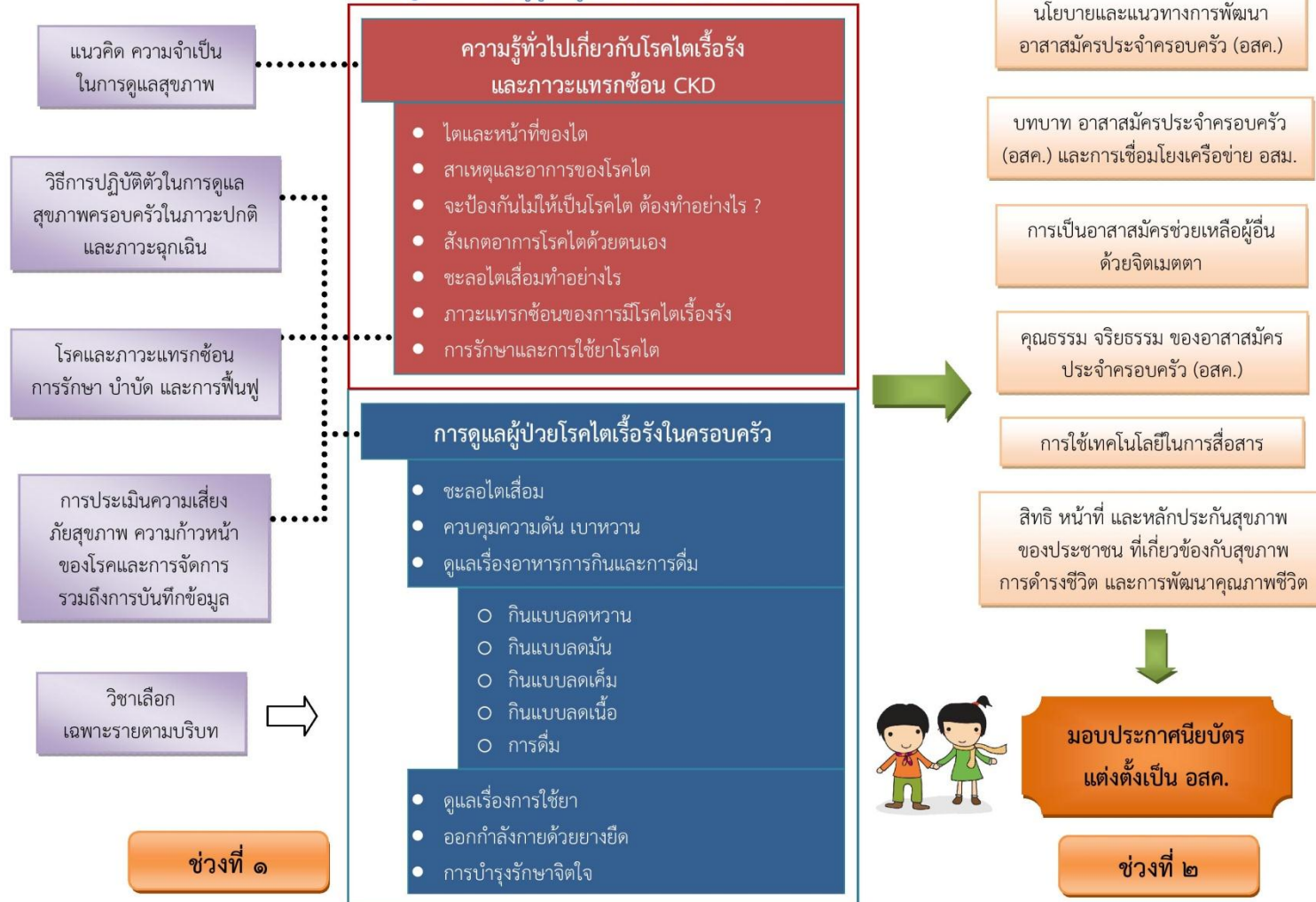
รวมทั้งเรียนรู้ด้วยตนเองจากการ (๑) ปฏิบัติจริงด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม (๒) การปฏิบัติงาน อสค. (๓) ได้รับความรู้เพิ่มเติมจาก อสม. (๔) การพบปะประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มอสค. ด้วยกันเอง (๕) การศึกษาทบทวนจากคู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เทคโนโลยี เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก และการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้อื่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๘ ชั่วโมง

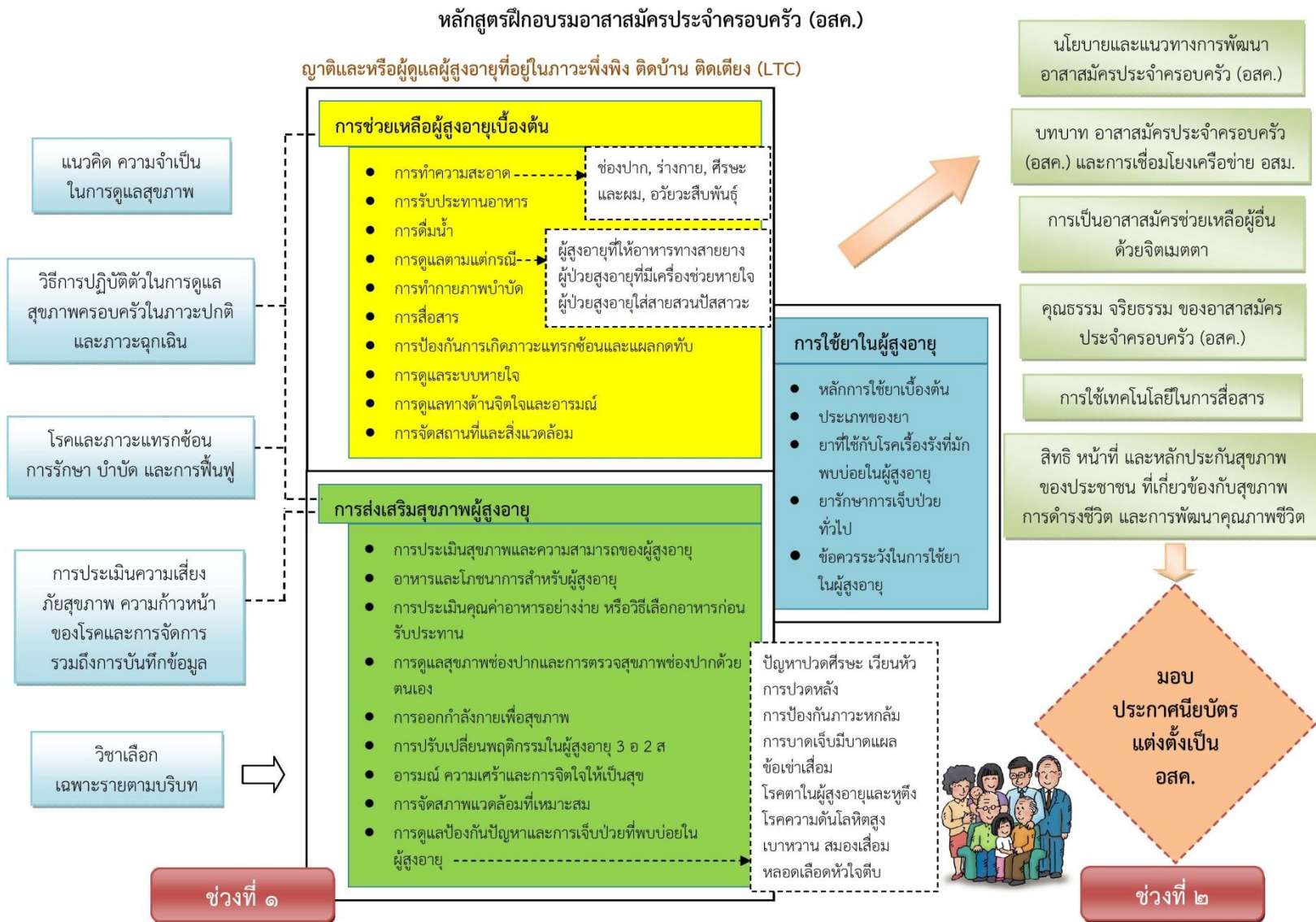
หมายเหตุ การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสค. กรณีการเรียนรู้จากที่พาผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัด และการส่งต่อผู้ป่วย และหรือเรียนร่วมกับทีมสหสาขาหรือเครือข่ายที่ไปเยี่ยมบ้าน หรือทีมหมอประจำครอบครัว หรือ อสม. จิตอาสาที่มาเยี่ยมบ้าน (๑๒ ชั่วโมง ช่วงที่ ๑ นับการจบและครบเนื้อหาครั้งนี้)

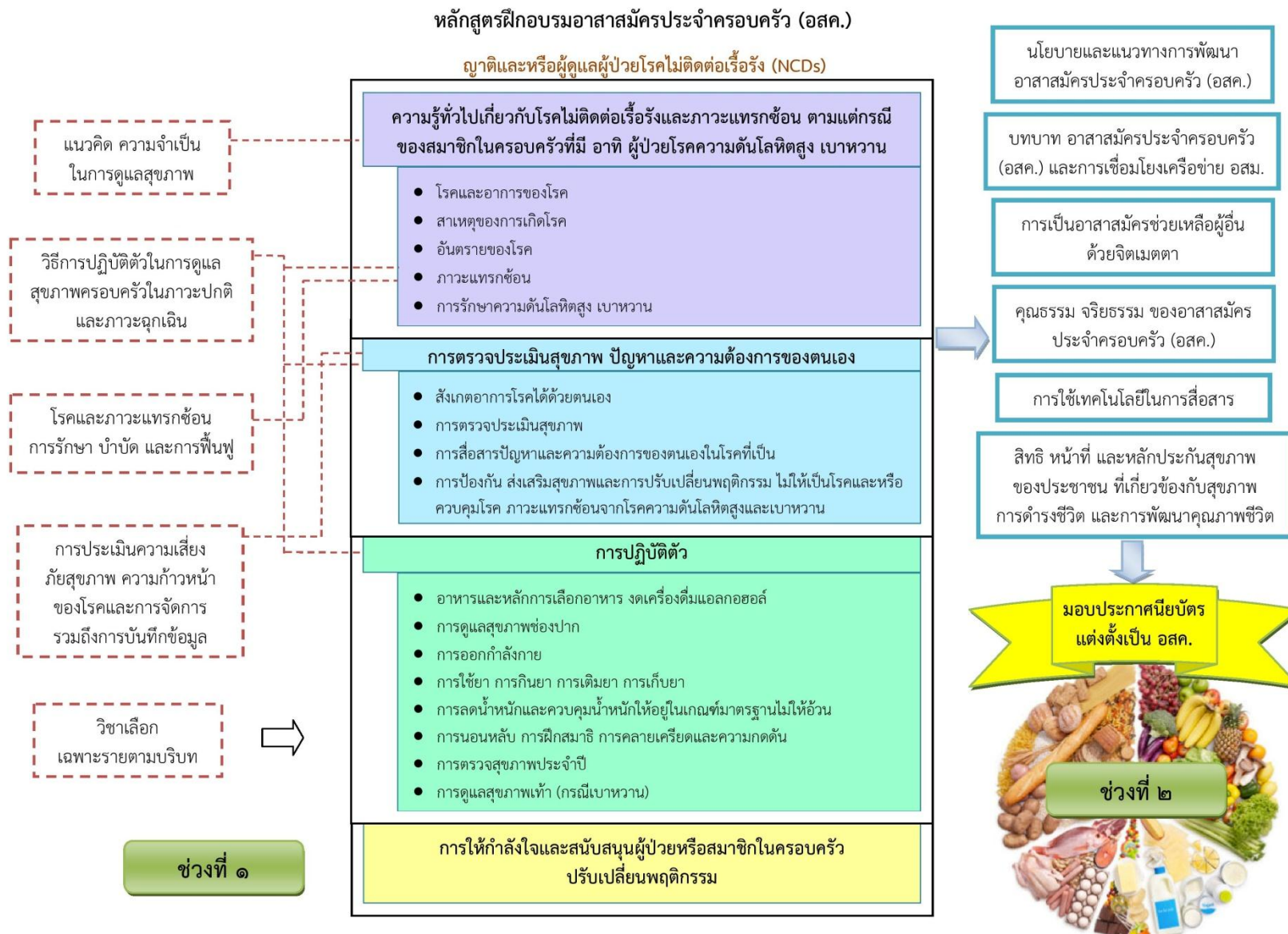
๑. กรณีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) เรียนจำนวน ๖ ครั้ง นับว่าจบหลักสูตรในช่วงที่ ๑ โดยผู้เรียนจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันทั้ง ๖ ครั้งและเนื้อหาครบตามจำนวนวิชาที่กำหนดในหลักสูตร
๒. กรณีญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) เรียนจำนวน ๓ ครั้ง นับว่าจบหลักสูตรในช่วงที่ ๑ โดยผู้เรียนจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันทั้ง ๓ ครั้งและเนื้อหาครบตามจำนวนวิชาที่กำหนดในหลักสูตร
๓. กรณีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เรียนจำนวน ๓ ครั้ง นับว่าจบหลักสูตรในช่วงที่ ๑ โดยผู้เรียนจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันทั้ง ๓ ครั้งและเนื้อหาครบตามจำนวนวิชาที่กำหนดในหลักสูตร

หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD)







๔. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ระยะเตรียมการ

๑. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับสร้างความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดแนวทางการดำเนินงาน หลักสูตร คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว รวมถึงข้อมูล บริบทของพื้นที่

๒. วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ เพื่อกำหนดเป้าหมายและวิธีการดำเนินงาน

๓. กำหนดกลไกการขับเคลื่อนงานและจัดทำแผนงานโดยการบูรณาการทำงานร่วมกัน

๔. จัดทำระบบติดตาม กำกับ ประเมินผล และระบบบริหารข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ

๕. จัดเตรียมทรัพยากรและบุคลากรพร้อมเริ่มดำเนินการ

ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ ๑ คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ตามคุณสมบัติและเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนที่ ๒ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ที่ได้รับการคัดเลือกตามข้อ ๑ ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยเรียนรู้ร่วมกับญาติ เมื่อไปรับบริการ ในสถานบริการสุขภาพและหรือเรียนรู้จากทีมสหสาขาหรือทีมเครือข่ายเยี่ยมบ้าน/ทีมหมอประจำครอบครัวหรือ อสม. จัดอาสาไปเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ ๓ อบรมเพิ่มเติมความรู้หลังจากการเรียนรู้ร่วมกับสถานพยาบาลและทีมสหสาขาครบจำนวนครั้งตามหลักสูตรแล้ว เรื่อง นโยบายและแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กับบทบาทหน้าที่อาสาสมัคร ประจำครอบครัว (อสค.) และเครือข่าย อสม. พร้อมมอบประกาศนียบัตรและขึ้นทะเบียน โดยให้มีการเรียนรู้ร่วมกับอสม. ในวันที่มีการประชุม อสม. ณ รพ.สต. หรือสถานพยาบาลที่รับผิดชอบพื้นที่ เพื่อ (๑) ให้ อสค.และอสม. เป็นเครือข่ายประสานงานซึ่งกันและกัน อสม.จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง อสค. (๒) สร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาท อสค. คุณธรรมจริยธรรม และการช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา ให้แก่ อสค. และ (๓) มอบประกาศนียบัตร บัตรประจำตัว อสค.

ขั้นตอนที่ ๔ - ส่งเสริมให้ อสค. แสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพครอบครัว และเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

- ประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพดูแลสุขภาพ

ขั้นตอนที่ ๕ - เสริมทักษะ เพิ่มพูนความรู้และฟื้นฟูต่อเนื่องจาก อสม. โรงเรียน อสม. โรงเรียน ผู้สูงอายุ โรงเรียนนวัตกรรม ศูนย์เรียนรู้ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ฯลฯ

ระยะหลังดำเนินการ ประเมินผลที่เกิดขึ้นในภาพรวมและปรับปรุงการดำเนินงาน พร้อมคืนข้อมูลให้ชุมชน

หมายเหตุ การอบรมพัฒนาศักยภาพ ในที่นี้ หมายถึง

(๑) กระบวนการ วิธีการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์พยาบาล ทีมสหสาขา ของคลินิกโรคต่างๆในสถานพยาบาล เช่น โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันหรือการสอนหรือการจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกับญาติที่ป่วยเมื่อมารับบริการของสถานพยาบาลต่างๆในการถ่ายทอดความรู้ ฟังเรื่องราวประสบการณ์จากของจริง ทั้งการบรรยาย อธิบาย ฝึกปฏิบัติ สาธิต พาทำ จับมือสอนทำ ตัวอย่างของจริง เพื่อให้ผู้ที่จะมาเป็น อสค. มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้จริง (การเรียนรู้ของ อสค. เน้นการปฏิบัติจริง)

(๒) การจัดทีมหมอครอบครัว ทีมสหสาขา เครือข่ายเยี่ยมบ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ไปสอนที่บ้านกับของจริง

(๓) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาจากของจริงในครอบครัว ในชุมชน

บทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการสนับสนุน

๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ชี้แจงสร้างความเข้าใจ

(๑) คณะผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและกำหนดเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(๒) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต สร้างความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่พื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อม ศึกษาแนวทางวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่

๒. พื้นที่เตรียมความพร้อมและขับเคลื่อนการดำเนินงาน อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่ (เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. รพ.สต.)

(๑) สำนักงานเขตสุขภาพร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ทุกระดับทุกแห่งเตรียมความพร้อม ดำเนินงาน อสค.

(๒) ประสานสถานบริการสุขภาพผู้ดำเนินการจัดการเรียนรู้แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคไตเรื้อรัง (CKD) กลุ่มผู้สูงอายุ (LTC) ติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจแก่ครอบครัวเป้าหมายในการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค. ของแต่ละครอบครัว

๓. คัดเลือก อสค. ของแต่ละครอบครัวในแต่ละพื้นที่ โดย

(๑) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับร่วมกับครอบครัวเป้าหมายเน้นหนัก ๓ กลุ่มหลัก (CKD, LTC ติดบ้านติดเตียง, NCDs) คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค. จากทุกครอบครัวที่มีการบำบัดรักษาหรือรับการเยี่ยมบ้านเป็นการประจำ ครบตามเกณฑ์หรือที่สามารถปฏิบัติตามดูแลคนในครอบครัวได้จริงตามที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ (รายเก่าหรือรายใหม่ก็ได้) ที่เจ้าหน้าที่ประเมินแล้วจากการติดตามการมาตรวจ ตามนัดหรือการเยี่ยมบ้าน) ครอบครัวละ ๑ คน เพื่อเข้ารับการอบรม

(๒) เจ้าตัวสมัครใจ ครอบครัวยอมรับและเห็นด้วยในการมาเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว

๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหรือสถานบริการสุขภาพ หรือตามดุลพินิจของแต่ละพื้นที่ ดำเนินการจัดการเรียนรู้และฝึกอบรม อสค. ตามหลักสูตรที่กำหนด พร้อมมอบประกาศนียบัตร อสค. และบัตรประจำตัว อสค. พร้อมทั้งแต่งตั้งเป็น อสค.

๕. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานบริการสุขภาพทุกแห่งดำเนินการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบที่กำหนด

๖. ส่งเสริมบทบาท อสค. และเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว

๗. ติดตาม กำกับ และประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ในภาพรวมและแต่ละพื้นที่ โดยสำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามระดับความรับผิดชอบ และ นำข้อมูลเข้าระบบรายงานผล

๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

๒. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๑. จัดทำแนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
๒. จัดทำโปรแกรมประกาศนียบัตร อสค. บัตรประจำตัว อสค. การขึ้นทะเบียน อสม. และโปรแกรมฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค.
๓. จัดทำหลักสูตร คู่มือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
๔. จัดทำแบบประเมินศักยภาพครอบครัว
๕. สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว
๖. สนับสนุนด้านวิชาการและให้คำปรึกษาการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
๗. กำหนด พัฒนาและกำกับมาตรฐาน อสค. และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว
๘. พัฒนารูปแบบ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว ระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด

๓. กรมวิชาการต่างๆ

ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ทรัพยากรการดำเนินงาน อสค. แบบบูรณาการผ่านการทำงานร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงาน และกำกับติดตามมาตรฐาน อสค.

๔. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

รับผิดชอบด้านบริหารจัดการการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยการใช้นโยบายการบูรณาการกับทุกภาคส่วน เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่บรรลุผล

๕. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

รับผิดชอบด้านบริหารจัดการการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยการใช้นโยบายการบูรณาการกับทุกภาคส่วน เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่บรรลุผล



๕. แบบประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (อยู่ระหว่างปรับปรุงร่วมของผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันไถ่ภูมิราชนคริน โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

๖. เว็บไซต์ในการขึ้นทะเบียน อสค. และการนำข้อมูลประเมินผลศักยภาพครอบครัวเข้าสู่ระบบ

<http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/> และ www.thaiphc.net

๗. โปรแกรมพิมพ์ประกาศนียบัตรอสค. และโปรแกรมพิมพ์บัตรประจำตัว อสค. ผ่าน www.thaiphc.net

รายละเอียดตัวชี้วัด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด ๒๐ ปี																			
หมวด	People Excellence																		
แผนที่	๑๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																		
โครงการที่	๔. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ																		
ลักษณะ	Lagging Indicator																		
ระดับการวัดผล	ประเทศ																		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๗๘. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตรวจราชการ ๖๐)																		
คำนิยาม	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย ๑. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (๑) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (๒) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (๓) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน ๒. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (๑) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (๒) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (๓) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ (๔) บำรุงรักษาจิตใจ อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้																		
เกณฑ์เป้าหมาย																			
	<table><tr><td></td><td>ปีงบประมาณ ๖๐</td><td>ปีงบประมาณ ๖๑</td><td>ปีงบประมาณ ๖๒</td><td>ปีงบประมาณ ๖๓</td><td>ปีงบประมาณ ๖๔</td></tr><tr><td>จำนวน (คน)</td><td>๘๖,๗๐๐ *</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>๕๐</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	จำนวน (คน)	๘๖,๗๐๐ *					ร้อยละ	๕๐				
	ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔														
จำนวน (คน)	๘๖,๗๐๐ *																		
ร้อยละ	๕๐																		
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน ๒. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ ๓. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด ๔. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยง ส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข * ปี ๒๕๖๐ : ร้อยละ ๑๐๐ ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิต																		

	สูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ ๔ หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การจัดเก็บข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่และพัฒนา อสค. ดำเนินการขึ้นทะเบียน อสค. ที่ผ่านการพัฒนาทุกคน บนฐานข้อมูล โดยเข้าบันทึกข้อมูลได้ ๒ ช่องทาง คือ ๑) ฐานข้อมูล http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ ๒) โปรแกรมบนเว็บไซต์ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net ๒. การจัดเก็บข้อมูลประเมินศักยภาพครอบครัว ๒.๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. โดย อสค.แต่ละคนที่ดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเอง ตามแบบประเมิน แล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง (Self Assessment) ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร ๒.๒ ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต และส่วนกลางสุ่มประเมินตามแบบประเมิน แล้วบันทึกข้อมูลผลประเมินบนเว็บไซต์			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\text{ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด} = \frac{\text{รายการข้อมูล ๑} \times ๑๐๐}{\text{รายการข้อมูล ๒}}$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๐ :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
จำนวน (คน)	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย ๑๐,๐๐๐	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก ๓๐,๐๐๐	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก ๔๖,๗๐๐	-
ร้อยละ	-	-	-	ครอบครัวที่มี ศักยภาพใน การดูแล สุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ ที่ กำหนด ๕๐
วิธีการประเมินผล :	การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด** ประเมินโดย จังหวัด เขต และส่วนกลางด้วยวิธีการ ดังนี้ ๑. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. โดย อสค.แต่ละคน เมื่อประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร			

	๒. การสุ่มประเมิน ตามลำดับขั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐ ของ อสค.ที่ได้รับการพัฒนา) โดยนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่านฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net **เกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ บทบาท อสค.: การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ ๖๐:๔๐ ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน <table><tr><th>บทบาท อสค.</th><th>ค่าน้ำหนัก</th><th>การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว</th><th>ค่าน้ำหนัก</th></tr><tr><td>๑.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง</td><td>๒๐</td><td>๑. รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า</td><td>๑๐</td></tr><tr><td>๒.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง</td><td>๒๐</td><td>๒.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด</td><td>๑๐</td></tr><tr><td>๓.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.</td><td>๒๐</td><td>๓. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด</td><td>๑๐</td></tr><tr><td></td><td></td><td>๔.บำรุงรักษาจิตใจ</td><td>๑๐</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๖๐</td><td>รวม</td><td>๔๐</td></tr></table> รวมทั้งหมด = ร้อยละ ๗๐ จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด	บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก	๑.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	๒๐	๑. รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	๑๐	๒.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	๒๐	๒.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	๑๐	๓.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	๒๐	๓. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	๑๐			๔.บำรุงรักษาจิตใจ	๑๐	รวม	๖๐	รวม	๔๐
บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก																						
๑.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	๒๐	๑. รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	๑๐																						
๒.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	๒๐	๒.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	๑๐																						
๓.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	๒๐	๓. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	๑๐																						
		๔.บำรุงรักษาจิตใจ	๑๐																						
รวม	๖๐	รวม	๔๐																						
เอกสารสนับสนุน :	๑. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ๒. หลักสูตร อสค. ๓. คู่มือ อสค. ๔. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว																								

	๕. โปรแกรมการขึ้นทะเบียน อสค.และโปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตร ,บัตรประจำตัว อสค. ๖.แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. ผ่านระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net) หมายเหตุ เอกสารหมายเลข ๑ ๒ และ๓ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แต่ละ จังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อสค. (คู่มือ อสค.) ตามจำนวนสถานบริการสุขภาพ (หลักสูตร และแนวทางการดำเนินงาน อสค.) นอกจากนี้ทุกพื้นที่ที่สามารถดาวน์โหลดผ่านทางเว็บไซต์ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th/				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
	๑.จำนวนอาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพ	คน	-	-	-
	๒. ร้อยละของครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ๒. นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๕ อีเมล phc.division@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๒๔ อีเมล phc.division@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นายพนพล ครุฑน้อย กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๕ โทร ๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓ อีเมล dol.kr@gmail.com				