

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
(Inspection Guideline)

- ยุทธศาสตร์ ☐ PP & P Excellence ☒ Service Excellence
☐ People Excellence ☐ Governance Excellence
☐ Health-Related Economy Excellence

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (ลดลง ร้อยละ 5)

คำนิยาม : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง **ระยะที่ 5** หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า 15 มล./ นาทีต่อ 1.73 คำนวณจากค่า serum creatinine ตามสมการ CKD-EPI โดยที่ยังไม่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Haemodialysis) หรือการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) หรือวินิจฉัยเป็น ผู้ป่วยภาวะ ไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) หรือ อยู่ระหว่างการนอนโรงพยาบาล

ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่มีเงื่อนไข ดังนี้

1. เมื่อมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง 16 - 20 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม.
2. เมื่อมากกว่า 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง 60 - 21 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. และติดตามต่ออีก 3 เดือนต่อไป ค่า eGFR ยังคงน้อยกว่า 15
3. กรณีไม่มีข้อมูลผลตรวจเลือดเดิม ให้ยืนยันรายดังกล่าวอีกครั้ง ในระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนถัดไป

ตารางที่ 1 ค่าเป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
-	-	ลดลง ร้อยละ 5	ลดลง ร้อยละ 10

หมายเหตุ ปี 68 มีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ร้อยละ 7.9 เมื่อเทียบกับปี 67

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดการเกิด ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 15 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม นานมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน ที่ยังไม่ได้เริ่มการบำบัดทดแทนไต

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดนี้

รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล : (เลือกได้ 1 รูปแบบ)

☒ HDC

☐ ฐานข้อมูลกรม/ กอง/ หน่วยงาน

☐ ข้อมูลจากการตรวจราชการ

☐ อื่น ระบุ.....

ระยะเวลาการเก็บรวบรวมและตัดข้อมูล :

- ข้อมูลการตรวจราชการระดับจังหวัด ใช้ข้อมูล ณ ปัจจุบันก่อนลงพื้นที่ตรวจราชการ
- สรุปตรวจราชการรอบที่ 1 (ตุลาคม 2568 - มีนาคม 2569) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569
- สรุปตรวจราชการรอบที่ 2 (ตุลาคม 2568 - กรกฎาคม 2569) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : $= \frac{B - A}{B} \times 100$

B

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ของปีงบประมาณปัจจุบัน

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ของปีงบประมาณก่อนหน้า

วิธีคิดของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

สูตรการคำนวณ = $\frac{B (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567}) - A (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568})}{B (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567})} \times 100$

B (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567)

สูตรการคำนวณ = $\frac{10,000 - 8,000}{10,000} \times 100 = \text{ร้อยละ 20}$

(ตัวอย่าง)

10,000

ตัวชี้วัดนี้สามารถวัดเชิงคุณภาพได้แบบใด โปรดเลือก (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☒ 1) เชิงคุณภาพ (ด้านผลลัพธ์)

☒ 1. การให้บริการสุขภาพ

☒ 2. กำลังคนที่ให้บริการ

☒ 3. ระบบงานและการจัดการข้อมูล

☒ 4. การเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน

☒ 5. การเงินการคลังด้านการให้บริการ

☐ 6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ

หมายเหตุ : ขอให้จัดทำเกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด

6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตามตารางที่ 4

☐ 2) เชิงคุณภาพ (ด้านผลกระทบ)

☐ 1. การเข้าถึงบริการ

☐ 2. ความครอบคลุมการรักษา

☐ 3. การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ

☐ 4. ประสิทธิภาพของการรักษา

○ 5. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและข้อมูล

หมายเหตุ : ขอให้จัดทำเกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (Impact) ตามองค์การอนามัยโลก

มาตรการหลัก/กระบวนการที่สำคัญ (เฉพาะมาตรการหลัก (3-5 ข้อ) ไม่ควรนำกิจกรรมมาใส่)

1. การตรวจพบโรคไตเรื้อรังเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ
2. การใช้มาตรฐานการดูแลเดียวกันในทุกระดับบริการ พร้อมระบบประสานการดูแลที่มีประสิทธิภาพ
3. การขับเคลื่อนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ร่วมกับระบบเตือนภัยล่วงหน้าและการตอบสนองอย่างรวดเร็ว

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ :

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	
รอบ 6 เดือน	รอบ 10 เดือน
ร้อยละ 5	ร้อยละ 5

เอกสาร/หลักฐานสนับสนุน :

ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณในแต่ละระดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569) ดังนี้

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่คำนวณจากสูตร
10	CKD stage 5 รายใหม่ ลดลง ร้อยละ 5 ขึ้นไป	(-5) ขึ้นไป
9	CKD stage 5 รายใหม่ ลดลง ร้อยละ 2 - 4.9	(-2) – (-4.9)
8	CKD stage 5 รายใหม่ ลดลง ร้อยละ 0 - 1.9	0 – (-1.9)
7	CKD stage 5 รายใหม่ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.1 - 1.0	0.1 - 1.0
6	CKD stage 5 รายใหม่ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.1 - 2.0	1.1 - 2.0
5	CKD stage 5 รายใหม่ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.1 - 3.0	2.1 - 3.0
4	CKD stage 5 รายใหม่ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.1 - 4.0	3.1 - 4.0
3	CKD stage 5 รายใหม่ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.1 - 5.0	4.1 - 5.0
2	CKD stage 5 รายใหม่ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.1 - 6.0	5.1 - 6.0
1	CKD stage 5 รายใหม่ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.1 - 7.0	6.1 - 7.0

หมายเหตุ : เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณหน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดเป็นผู้ออกแบบเกณฑ์ผลการดำเนินงานแต่ละระดับ โดยระบุเกณฑ์คะแนน 1-10 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ตารางที่ 4 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

องค์ประกอบ	หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนน			
		0	1	2	3
1. การนำองค์กร (Leadership)	มีการกำหนดทิศทาง นโยบายในการ ให้บริการคลินิก ชะลอไตเสื่อม	ไม่มีการดำเนินการ	มีการกำหนดทิศทาง นโยบายในการ ให้บริการคลินิก	มีการสื่อสารถ่ายทอด ทิศทางสู่ผู้ปฏิบัติ	มีการทบทวน นโยบาย/ทิศทาง การ ดำเนินงานคลินิก
2. ด้านบุคลากร (Work Force)	การดูแลด้วย สหวิชาชีพในคลินิก 5 สาขา ได้แก่ แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, นักกำหนดอาหาร/นัก โภชนาการ, และนัก กายภาพบำบัด (สำหรับนักกำหนด อาหาร/นักโภชนาการ และ นัก กายภาพบำบัด อาจใช้ สายวิชาชีพที่เคยผ่าน การอบรมทำหน้าที่ แทนในกรณีที่ไม่มี	ไม่มีการดำเนินการ	มีเฉพาะพยาบาล วิชาชีพทั่วไป	มีเฉพาะพยาบาลด้าน โรคไต (ผ่านการอบรม CKD nurse manager) หรือ มีสหสาขาตั้งแต่ 2 สาขาขึ้นไป แต่ไม่ครบ 5 สาขาที่กำหนด	มีสหสาขาครบ 5 สาขา ตามที่กำหนด

องค์ประกอบ	หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนน			
		0	1	2	3
	ตำแหน่งที่ตรงตามสายวิชาชีพที่กำหนด)				
	การสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรของคลินิกชะลอไตเสื่อม การประเมินความสามารถของผู้ให้บริการในการดำเนินงาน	ไม่มีการดำเนินการ	มีแผนการวิเคราะห์อัตรากำลังเพื่อวางแผนการจัดสรรบุคลากร	มีการหมุนเวียนสนับสนุนการเรียนรู้ต่อเนื่อง เช่น การอบรมระยะสั้น การประชุมวิชาการ onsite หรือ online อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อ 2 ปี	มีการประเมินความรู้ทักษะ และ นำผลการประเมินมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร
3. ด้านการบริการ (Service)	เกณฑ์การรับผู้ป่วยไตเรื้อรังเข้าคลินิก	ไม่มีการดำเนินการ	มีเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าคลินิกชัดเจน	มีการคัดผู้ป่วยเข้าคลินิกแบบรอส่งต่อจากคลินิกอื่น	มีการคัดผู้ป่วยเข้าคลินิกแบบเชิงรุก
	รูปแบบการดำเนินการของสหสาขา	ไม่มีการดำเนินการ	มีการส่งปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นครั้ง ๆ	มีการดูแลร่วมกับ สหวิชาชีพ แต่ไม่สม่ำเสมอ ขึ้นกับโอกาสการเข้าร่วมได้ของสหวิชาชีพนั้นๆ	มีการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอเป็นระบบ
	ระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน Home health care	ไม่มีการดำเนินการ	มีแผนแนวทางการส่งต่อและมีรูปแบบการ	มีการติดตามผลการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการส่งต่อ	มีการสรุปและวิเคราะห์ผลการเยี่ยมบ้านกับเครือข่ายหรือ

องค์ประกอบ	หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนน			
		0	1	2	3
	เอกสารประกอบ: แผนการติดตามเยี่ยม บ้านโรคไตเรื้อรัง		เยี่ยมบ้านกับหน่วยงาน ที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่ ชัดเจน	ข้อมูลเพื่อการดูแล ผู้ป่วยในเครือข่าย	หน่วยงานเกี่ยวข้องและ คืนข้อมูลสำคัญการ เยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยหรือ ญาติผู้ดูแล
4. ระบบการ สนับสนุนการ ตัดสินใจของผู้ ให้บริการ	แนวทางเวชปฏิบัติอิง หลักฐาน (clinical practice guideline) ที่อ้างอิงจากแนวทาง ระดับประเทศ เอกสารประกอบ: แนวทางเวชปฏิบัติอิง หลักฐาน (clinical practice guideline) ที่ปรับตามบริบท สถานพยาบาล	ไม่มีการดำเนินการ	มีแนวทางเวชปฏิบัติอิง หลักฐาน (clinical practice guideline) ที่ปรับตามบริบท สถานพยาบาล อย่างเหมาะสม	มีการประเมินติดตาม การใช้แนวเวชปฏิบัติอิง หลักฐาน (Clinical practice guideline) ในการดำเนินงาน	มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนา แนวเวช ปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) กับระดับจังหวัด หรือ ระดับเขต หรือ ระหว่าง รพ.
	ระบบการประสานงาน การให้คำปรึกษา ระหว่างผู้จัดการระบบ	ไม่มีการดำเนินการ	มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาใน	มีแนวทางการให้ คำปรึกษา/แนะนำ ระหว่างสถานบริการ	มีการติดตามประเมินผล การให้คำปรึกษา และ ทบทวนผลการ

องค์ประกอบ	หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนน			
		0	1	2	3
	ทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายของสถาน บริการสาธารณสุข		สถานบริการและ เครือข่ายทุกระดับ	กับเครือข่าย อย่าง ชัดเจน	ดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างทีมงาน สห สาขา เครือข่าย อย่างสม่ำเสมอ
5. ระบบการ สนับสนุนการ จัดการตนเอง	การจัดบริการหรือ กิจกรรมในการเสริม ทักษะในการลดเสี่ยง ลดโรคให้แก่ชุมชน เช่นการลดเค็ม การใช้ ยา NSAIDs และ การ ใช้ยาแผนโบราณที่ เหมาะสม	ไม่มีการดำเนินการ	มีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือวางแผนร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาล รพสต.	มีการจัดทำโครงการ กิจกรรมเพื่อเสริม ทักษะในการลดปัจจัย เสี่ยงในการเกิดโรคใน ชุมชน โดย โรงพยาบาล และ รพ สต.	มีการวิเคราะห์แผนงาน และจัดทำโครงการ กิจกรรม ร่วมกัน ระหว่าง โรงพยาบาล รพสต. ท้องถิ่น และ ชุมชน
	สื่อและ/หรือเครื่องมือ ที่ช่วยสนับสนุนการ จัดการตนเองของ ผู้รับบริการ	ไม่มีการดำเนินการ	มีสื่อหรือเครื่องมือช่วย สนับสนุนการจัดการ ตนเองของผู้รับบริการ แต่ไม่เพียงพอ	มีสื่อหรือเครื่องมือช่วย สนับสนุนการจัดการ ตนเองของผู้รับบริการ อย่างเพียงพอ	มีการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของ ผู้รับบริการและนำมา พัฒนาสื่อหรือเครื่องมือ ช่วยสนับสนุนการ จัดการตนเองของ ผู้รับบริการ อย่างเพียงพอ

องค์ประกอบ	หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนน			
		0	1	2	3
6. ระบบข้อมูล (Informative)	ระบบการลงทะเบียน ผู้ป่วยไตเรื้อรัง	ไม่มีการดำเนินการ	มีอยู่ในรูปแบบเอกสาร	มีฐานข้อมูล digital data based	มีฐานข้อมูล digital data based ที่ เชื่อมโยงกับ hospital information system (HIS) หรือใช้ ฐานข้อมูล Thai CKD Registry
	การลงทะเบียน อย่างเป็นปัจจุบัน	ไม่มีการดำเนินการ	มีการลงข้อมูล แต่ไม่ เป็นปัจจุบัน	มีการลงข้อมูล และเป็น ปัจจุบัน ตามการ ติดตามการรักษาผู้ป่วย	มีการนำข้อมูลจาก ฐานข้อมูล มาวิเคราะห์ และปรับปรุง กระบวนการ

แนวทางการประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

1. การประเมินระดับจังหวัด :

- 1.1. ให้ทุก รพ.ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ CKD clinic ในระดับจังหวัด ทำการประเมินตนเองด้วยเกณฑ์ตามตารางที่ 4
- 1.2. แต่ละ รพ.คิดคะแนนที่ได้
- 1.3. หากได้คะแนน ≥ 24 จากคะแนนเต็ม 36 ถือผ่านการประเมิน
- 1.4. จังหวัดรวบรวมผลการประเมินจากทุก รพ. นำมาหาคำร้อยละของ รพ.ที่ผ่านการประเมินโดยใช้สูตร :

(จำนวน รพ.ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ CKD clinic ในระดับจังหวัด และ ผ่านการประเมิน ÷ จำนวน รพ.ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ CKD clinic ทั้งหมดในระดับจังหวัด) x 100

1.5. ร้อยละที่ได้ถือเป็นระดับคะแนนเชิงคุณภาพในระดับจังหวัด

2. การประเมินระดับเขต :

2.1. เขตรวบรวมผลการประเมินจากทุก รพ. นำมาหาค่าร้อยละของ รพ.ที่ผ่านการประเมินโดยใช้สูตร :

2.2. (จำนวน รพ.ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ CKD clinic ในระดับเขต และ ผ่านการประเมิน ÷ จำนวน รพ.ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ CKD clinic ทั้งหมดในระดับเขต) x 100

2.3. ร้อยละที่ได้ถือเป็นระดับคะแนนเชิงคุณภาพในระดับเขต

ตารางที่ 5 การแปลผลระดับคุณภาพและระดับคะแนนการพัฒนา (5 ระดับ)

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ระบบบริการสุขภาพดีเยี่ยม เป็นแบบอย่างที่ดี ปรับปรุงต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ระบบบริการสุขภาพมีความมั่นคง ครบคลุม และมีการพัฒนาต่อเนื่อง	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ระบบบริการสุขภาพดำเนินการได้ตามมาตรฐานพื้นฐาน มีบางส่วนต้องปรับปรุง	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ระบบบริการสุขภาพไม่มั่นคง ต้องเร่งปรับปรุงในหลายองค์ประกอบ	ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	ระบบบริการสุขภาพมีจุดอ่อนสำคัญ ต้องดำเนินการแก้ไขเร่งด่วน	ต้องการฟื้นฟูระบบ

ตารางที่ 6 เกณฑ์การประเมินผล ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 – 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 – 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 – 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71- 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 – 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
<input type="checkbox"/> การเข้าถึง บริการ							
<input type="checkbox"/> ความ ครอบคลุม การรักษา							
<input type="checkbox"/> การรักษา ตามมาตรฐาน คุณภาพ บริการ							
<input type="checkbox"/> ประสิทธิภาพของ การรักษา							
<input type="checkbox"/> ความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย และข้อมูล							

เกณฑ์การประเมินผลกระทบ/ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์

หลักการให้คะแนน

1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด

- หากตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับ Result มากกว่า 1 ด้าน (เช่น 3 ด้าน) ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้านนั้น
- คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวม เช่น $(75+85+69) \div 3 = 76.33$ คะแนน
เช่น $(68+85+75+55+64.6) \div 3 = 69.5$ คะแนน ใช้คะแนนเฉลี่ยดังกล่าวเป็นคะแนนรวมของ Result

2) พิจารณาจากผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Evidence of Result)

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น สถิติ ผลสำรวจ ข้อมูลคุณภาพบริการ และผลการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน
- เน้นการสะท้อนผลลัพธ์ (Results-based) มากกว่ากระบวนการดำเนินงาน

3) พิจารณาจากผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Evidence of Result)

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น สถิติ ผลสำรวจ ข้อมูลคุณภาพบริการ และผลการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน
- มีแนวโน้มการพัฒนายอย่างต่อเนื่องหรือไม่
- ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพและประชาชนหรือไม่

ตารางที่ 7 การแปลผลคะแนนเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพและระดับคะแนนของผลกระทบ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ผลลัพธ์โดดเด่น สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชนและระบบบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายชัดเจน สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชน แต่ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ผลลัพธ์อยู่ในระดับมาตรฐาน มีระบบบริการสุขภาพบางส่วนต้องปรับปรุง
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องปรับกลยุทธ์หรือระบบสนับสนุน

ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือเกิดผลกระทบในทางลบต่อประชาชนและระบบบริการสุขภาพ ต้องแก้ไขเร่งด่วน
---------------------------------------	-----------------------	--

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ
- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (Outcome หรือ Impact)

ตารางที่ 10 การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)
ระดับคะแนนที่ได้ $\times 0.7 = \text{Score}$	(คะแนนที่ได้ $\div 10$) $\times 0.15$ = Score	(คะแนนที่ได้ $\div 10$) $\times 0.15$ = Score
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = (คะแนนเต็ม 10)		

หมายเหตุ : 1. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
 2. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลกระทบ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
 3. หากตัวชี้วัดประเมินได้เพียงด้านเดียว(ด้านผลลัพธ์หรือด้านผลกระทบ) ให้คิดสัดส่วนเชิงคุณภาพด้านเดียวเท่ากับ 30% เช่น (คะแนนที่ได้ $\div 10$) $\times 0.3 = \text{Score}$

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี

หน่วยงานที่รับผิดชอบร่วม : -

ตารางที่ 9 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงวรางคณา พิชัยวงศ์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	Mobile 08 1646 9469 E-Mail: wpichaiw@hotmail.com	

ตารางที่ 10 ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงวรางคณา พิชัยวงศ์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	Mobile 08 1646 9469 E-Mail: wpichaiw@hotmail.com	
นายปวิช อภิบาลกุลวณิช	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการ	Tel. 0 2590 6350 Mobile 09 8546 3564	

	กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน กรมการแพทย์	E-Mail: evaluation.dms@gmail.com	
--	--	-------------------------------------	--

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น