

คนสตูลสุขภาพดี  
ระบบสุขภาพเป็นเลิศ ภาครัฐีเครือข่ายเข้มแข็ง



6 6 6

พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และควบคุมโรค

พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานตามเกณฑ์

Maternal Death New born	Aged ทันตสุขภาพ	Vaccine Growth & Development	โรคอุบัติใหม่ covid-19	NCD อาหาร ปลอดภัย	HA PMQA รพ.สต.ติดตาม	G&C	Stroke STEMI Cancer	EMS	โครงการ พระราชดำริ สมเ็นไฟร กัญชา
-------------------------------	--------------------	---------------------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------	-----	---------------------------	-----	--

พัฒนาระบบบริหารจัดการ

ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ

EOC	HAIT	HIE	ITA	finance	HR	อสม. 3 หมอ	พขอ. สมัชชาสุขภาพ
-----	------	-----	-----	---------	----	------------	-------------------

S      A      T      U      N

## เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดระดับ คปสอ. จังหวัดสตูลปี 2565

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4	5	
1	-ร้อยละของนักเรียนอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	1	70	75	80	85	90	-ทันต สธ.
2	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย (R2R)	0.5	1	2	3	4	5	พัฒนาคุณภาพ
3	ร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะพอมลตลง	0.5	1	1.5	2	2.5	3	ส่งเสริมสุขภาพ
4	ร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดี สมส่วน	0.5	1	1.5	2	2.5	3	ส่งเสริมสุขภาพ
5	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	1	75	80	85	90	95	ส่งเสริมสุขภาพ
6	ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	0.5	30	35	40	45	50	ส่งเสริมสุขภาพ
7	อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	0.5	≥40	≥50	≥60	≥70	≥80	โรคไม่ติดต่อ
8	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน	0.5	≥40	≥50	≥60	≥70	≥80	โรคไม่ติดต่อ
9	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนและเศรษฐกิจฐานรากในภาวะวิกฤตโควิด-19	0.5	1	2	3	4	5	คปส.
10	ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	0.5	1	2	3	4	5	-อवल.
11	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	0.5	16.5	17.5	18.5	19.5	20.5	แพทย์แผนไทย
12	-ร้อยละความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา	0.5	40	50	60	70	80	ควบคุมโรคติดต่อ (งานระบาด)
13	Treatment coverage อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ(ทุกชนิด : All Form) ในปี	0.5	20	25	30	35	40	ควบคุมโรคติดต่อ
14	-ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี	0.5	60	65	70	75	80	-สื่อสารฯ
15	-ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบงานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ	1	1	2	3	4	5	-ยุทธศาสตร์
16	-ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คปสอ.	1	1	2	3	4	5	-ยุทธศาสตร์
17	ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ	1	96	97	98	99	100	-บริหารฯ
18	ร้อยละของ (รพ.สต.) รพช. และ สสอ. ที่ กกก.ตรวจสอบภายในระดับอำเภอและ กกก.ภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดได้ทำการตรวจสอบ	1	60	70	80	90	100	-ตรวจสอบ
หมายเหตุ ตัวชี้วัดที่ 4, 7, 15, 17, 18 เป็นตัวชี้วัดผู้บริหาร		12.00	การประเมินคะแนน			คะแนนเต็ม	90	
			ผลงาน	ระดับ	ถ่วง นน.	ถ่วงน้ำหนัก	5	
				1-5	1-5÷12			

## KPI Template เกณฑ์การประเมินระดับความสำเร็จตัวชี้วัด คปสอ.(MOU) ปี ๒๕๖๕

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละ ๘๐ ของนักเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

หน่วยวัด : ร้อยละ

เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐

น้ำหนัก : ๑.๐

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐

คำอธิบาย : เด็กนักเรียนอายุ ๖ -๑๒ ปี คือ เด็กที่มีอายุ ๖ ปีถึงอายุ ๑๒ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

Provider type =๐๒,๐๖ , ตรวจคุณภาพ PTEETH > ๐ คนใหม่

สูตรการคำนวณ :

<u>จำนวนเด็ก นักเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปี ที่ได้ตรวจทั้งปาก+วางแผน ที่ล้างแปรง dental x ๑๐๐</u> จำนวนนักเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปีทั้งหมด
---

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ ๘๐ ของนักเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๑.๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๖ เดือน

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐

รอบ ๑๒ เดือน

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

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล ระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวกัญญ์วรา วิลามาศ ทันตแพทย์ปฏิบัติการ เบอร์ติดต่อ : ๐๘๗๕๔๘๑๙๕๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางวิริยา มาลินี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ : ๐๘๙๗๓๒๓๔๕๘

\*\*\*\*\*

**ชื่อตัวชี้วัดที่ ๒: ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย (R๒R)**

**หน่วยวัด :** จำนวนเรื่องของงานวิจัย (R๒R) ที่มีการดำเนินการ

**น้ำหนัก :** ๐.๕

**คำอธิบาย :** ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย (R๒R) หมายถึง องค์กรความรู้ทางการแพทย์/ การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนาได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ(Original article) บทปริทัศน์(review article) บทความพิเศษ(special article) บทความฟื้นฟู (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary)หรือ รายงานสังเขป(short communication)รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ(miscellany) และนวัตกรรม (innovation) โดยกำหนดให้ มีการดำเนินการงานวิจัย (R๒R)ในองค์กร อย่างน้อย คปสอ.ละ ๓ เรื่อง โดย ประกอบด้วยงานวิจัยในคลินิก ๑ เรื่อง งานวิจัยด้านพฤติกรรม ๑ เรื่อง และงานวิจัยในรพ.สต.๑ เรื่อง

**คำอธิบาย :** จำนวนเรื่องงานวิจัย (R๒R) ที่มีการดำเนินการ หมายถึง จำนวนเรื่องงานวิจัย (R๒R) ที่มีการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๙ ขั้นตอน ๑) กำหนดปัญหาการวิจัย๒) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ๓) การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ๔) การกำหนดสมมุติฐาน ๕) การออกแบบการวิจัย ๖) การเก็บรวบรวมข้อมูล ๗) การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล ๘) การสรุปผลและการเขียนรายงานการวิจัย ๙) การเผยแพร่ผลงานการวิจัย

**สูตรการคำนวณ - ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย (R๒R)**

**เกณฑ์เป้าหมาย**

รอบ๓เดือน	รอบ๖เดือน	รอบ๙เดือน	รอบ๑๒เดือน
- มีการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๑-๔ - มีแผนปฏิบัติการ - มีแผนงบประมาณ	- มีการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย๑-๗ -มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ	- มีการควบคุม กำกับ ติดตาม งานวิจัย - มีเอกสารการติดตามการดำเนินงาน - มีการรวมผลงานวิจัยของหน่วยงาน	- มีงานวิจัย (R๒R)

**วิธีการวัด ในรอบที่๑ (รอบ ๖ เดือน)**

**ตัวชี้วัดผลงาน วัดจากระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย (R๒R)**

๑.จัดทำแผนการดำเนินงานวิจัย(R๒R)

๒.จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีและถ่ายทอดแผน/KPI แนวทางสู่การปฏิบัติแก่ผู้รับผิดชอบในสถานบริการ

๓.จัดทำแผนของงบประมาณการดำเนินงานงานวิจัย (R๒R)

๔. ผลการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๑-๔

๕.ผลการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๑-๗

**เกณฑ์การให้คะแนน**

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย (R๒R)	ดำเนินการในข้อ ๑	เท่ากับ ๑ คะแนน
	ดำเนินการในข้อ ๑,๒	เท่ากับ ๒ คะแนน
	ดำเนินการในข้อ ๑,๒,๓	เท่ากับ ๓ คะแนน
	ดำเนินการในข้อ ๑,๒,๓,๔	เท่ากับ ๔ คะแนน
	ดำเนินการในข้อ ๑,๒,๓,๔,๕	เท่ากับ ๕ คะแนน

**วิธีการวัด ในรอบที่ ๒ (รอบ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน)**

ตัวชี้วัดผลงาน (คะแนน)	ค่าเป้าหมาย				
	จำนวนเรื่องของงานวิจัย (R๒R) ที่มีการดำเนินการ				
	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับความสำเร็จ ของการ ดำเนินงาน วิจัย (R๒R)	มีการดำเนินการ ตามหลัก กระบวนการวิจัย ๑-๔ ใน ๓ เรื่อง	มีการดำเนินการ ตามหลัก กระบวนการวิจัย ๑-๗ ใน ๓ เรื่อง	จำนวน ๑ เรื่อง	จำนวน ๒ เรื่อง	จำนวน ๓ เรื่อง

**หมายเหตุ** กำหนดให้ มีการดำเนินการงานวิจัย (R๒R) ในองค์กร อย่างน้อย คปสอ.ละ ๓ เรื่องโดยประกอบด้วย งานวิจัยในคลินิก ๑ เรื่อง งานวิจัยด้านพฤติกรรม ๑ เรื่อง และงานวิจัยในรพ.สต.๑ เรื่อง

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความสำเร็จของการ ดำเนินงานวิจัย (R๒R)	มีการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๑-๔ใน ๓ เรื่อง	เท่ากับ ๑ คะแนน
	มีการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๑-๗ ใน ๓ เรื่อง	เท่ากับ ๒ คะแนน
	งานวิจัย (R๒R) ในองค์กร จำนวน ๑ เรื่อง	เท่ากับ ๓ คะแนน
	งานวิจัย (R๒R) ในองค์กร จำนวน ๒ เรื่อง	เท่ากับ ๔ คะแนน
	งานวิจัย (R๒R) ในองค์กร จำนวน ๓ เรื่อง	เท่ากับ ๕ คะแนน

**หมายเหตุ** กำหนดให้ มีการดำเนินการงานวิจัย (R๒R) ในองค์กร อย่างน้อย คปสอ.ละ ๓ เรื่องโดยประกอบด้วย งานวิจัยในคลินิก ๑ เรื่อง งานวิจัยด้านพฤติกรรม ๑ เรื่อง และงานวิจัยใน รพ.สต.๑ เรื่อง

#### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑.	แหล่งข้อมูล : หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ/โรงพยาบาล (คปสอ.)
	วิธีการ : การรายงานผลการดำเนินการงานวิจัย (R๒R) ในองค์กรตามกระบวนการวิจัย การติดตามในพื้นที่ การเข้าร่วมมหกรรมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับจังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปวีณา เหมรา  
โทรศัพท์ ๐ ๗๔๗๑ ๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๕  
๐๘๖ - ๙๕๘๕๙๗๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล นายสุทธิชาติ เมืองปาน  
โทรศัพท์ ๐ ๗๔๗๑ ๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๕  
๐๘๑ - ๓๖๘๕๕๒๖

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๓ : เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะผอมลดลง ร้อยละ ๒

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๕

คำอธิบาย :

๑. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี หมายถึง เด็กไทยอายุ ๐ - ๕ ปี ทุกคนในเขตรับผิดชอบ (Type area ๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและตัวอยู่จริง, Type area ๓ : อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

๒. ภาวะผอม หมายถึง เด็กไทยอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการชั่ง มีน้ำหนัก และวัดส่วนสูง/ความยาว พบว่า อยู่ต่ำกว่าเกณฑ์เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดปรับเกณฑ์ใหม่ ปี ๒๕๖๓

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะผอมลดลง ร้อยละ ๒	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕	๓

#### เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ลดลง ร้อยละ ๑	ลดลง ร้อยละ ๑.๕	ลดลง ร้อยละ ๒

#### แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูล: โปรแกรม JHCIS HosXP

แหล่งข้อมูล: HDC

รายการข้อมูลที่ ๑	A = เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก และวัดความยาวหรือส่วนสูง พบว่ามีภาวะผอม
รายการข้อมูลที่ ๒	B = เด็กไทยอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B * 100$

#### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะผอม	ไม่เกินร้อยละ ๕	๘.๐๙	๘.๒๓	๖.๗๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุนีย์ เอื้อประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๔ : เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดี สมส่วน เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๕

คำอธิบาย :

๑. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี หมายถึง เด็กไทยอายุ ๐ - ๕ ปี ทุกคนในเขตรับผิดชอบ (Type area ๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและตัวอยู่จริง, Type area ๓: อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

๒. สูงดี หมายถึง เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดปรับเกณฑ์ใหม่ ปี ๒๕๖๓

๓. สมส่วน หมายถึง เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดปรับเกณฑ์ใหม่ ปี ๒๕๖๓

๔. สูงดี สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดี สมส่วนเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ ๒	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕	๓

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๑.๕	ร้อยละ ๒

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล: สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

วิธีการเก็บข้อมูล: จาก HDC

รายการข้อมูลที่ ๑	A = จำนวนเด็กไทย อายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูงทั้งหมด ณ ช่วงเวลานั้นๆ
รายการข้อมูลที่ ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูงทั้งหมด ณ ช่วงเวลานั้นๆ สูงดี สมส่วน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$B/A * 100$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดี สมส่วน	ร้อยละ ๖๔ (ปี ๒๕๖๔)	๔๗.๐๔	๕๒.๑๗	๕๕.๐๙

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุนีย์ เอื้อประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๕ : ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๑.๐

คำอธิบาย :

หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์: มารดาหลังคลอดและลูกในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑,๓ BTYPE ไม่เท่ากับ ๖) ได้รับการเยี่ยม/ ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน ๓ ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ ๑ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรก อายุบุตรไม่เกิน ๗ วัน นับถัดจากวันคลอด

ครั้งที่ ๒ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์ที่ ๒ ตั้งแต่อายุบุตร ๘ วัน แต่ไม่เกิน ๑๕ วัน นับถัดจากวันคลอด

ครั้งที่ ๓ เยี่ยมหลังคลอดตั้งแต่อายุบุตร ๑๖ วัน แต่ไม่เกิน ๔๒ วัน นับถัดจากวันคลอด

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์	๑.๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

#### เกณฑ์การประเมิน

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

#### แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูล: สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งบันทึกใน โปรแกรม JHCIS หรือ HosXP

แหล่งข้อมูล: จาก HDC

สูตรคำนวณ	ร้อยละของหญิงหลังคลอด ตามเกณฑ์ $= B/A * 100$
รายการข้อมูลที่ ๑	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดครบ ๔๒ วัน (Type area ๑,๓ BTYPE ไม่เท่ากับ ๖) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ ๒	B = จำนวน A ที่ได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$B/A * 100$

#### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์	๗๕	๗๑.๑๘	๘๕.๗๒	๘๙.๕๙

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ



ชื่อตัวชี้วัดที่ ๖ : ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๕

คำอธิบาย :

๑. ผู้สูงอายุ: ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มี ADL  $\geq$  ๑๒ คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง
๒. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์: การกระทำหรือพฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพ
๓. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย มี ๘ ข้อ ดังนี้
  - ๓.๑ มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ ทำนา/ออกกำลังกาย) สะสม ๑๕๐ นาที/สัปดาห์
  - ๓.๒ กินผักและผลไม้ได้วันละ ๕ กำมือ เป็นประจำ (๖ – ๗ วันต่อสัปดาห์)
  - ๓.๓ ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว
  - ๓.๔ ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่
  - ๓.๕ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า)
  - ๓.๖ มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัว มีการรับประทานยาต่อเนื่อง)
  - ๓.๗ มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ ๗ – ๘ ชั่วโมง
  - ๓.๘ ทันทดกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๐.๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐

#### เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ ๑๐	๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ ๑๐	๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ ๑๕	๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ ๑๕
๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๓๐	๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๔๐	๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐	๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐

**แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล**

วิธีการเก็บข้อมูล: ประเมินตามแบบประเมินผ่าน **Application Health For You (H&U)**

แหล่งข้อมูล: **ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H&U) สมุดสุขภาพประชาชน**

รายการข้อมูลที่ ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
รายการข้อมูลที่ ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ = $\frac{A \times 100}{B}$

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ ๕๐	-	-	๒๔.๘๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุขุม รักษ์ศรีทอง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัดที่ ๗ : อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๕

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	-	>ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๖๐	≥ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๖ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ ๕	≥ร้อยละ ๑๐	≥ร้อยละ ๒๐	≥ร้อยละ ๓๐	≥ร้อยละ ๔๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๙ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ ๒๐	≥ร้อยละ ๓๐	≥ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๕๐	≥ร้อยละ ๖๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๑๒ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๕๐	≥ร้อยละ ๖๐	≥ร้อยละ ๗๐	≥ร้อยละ ๘๐

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนีสรีน สาเระ

ตัวชี้วัดที่ ๘ : ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๕

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	-	>ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๖๐	≥ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๖ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	≥ร้อยละ ๕	≥ร้อยละ๑๐	≥ร้อยละ๒๐	≥ร้อยละ๓๐	≥ร้อยละ๔๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๙ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	≥ร้อยละ ๒๐	≥ร้อยละ๓๐	≥ร้อยละ๔๐	≥ร้อยละ๕๐	≥ร้อยละ๖๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๑๒ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	≥ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ๕๐	≥ร้อยละ๖๐	≥ร้อยละ๗๐	≥ร้อยละ๘๐

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนีสรีน สาเร๊ะ

ข้อตัวชี้วัด ๙ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนและเศรษฐกิจฐานรากในภาวะวิกฤตโควิด-๑๙

หน่วยวัด : ระดับ

ประเภทตัวชี้วัด : เชิงคุณภาพ

เป้าหมาย : กำหนดเป็นระดับขั้น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	✓				
๒	✓	✓			
๓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓
ขั้นตอน	คำอธิบาย				
๑	จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนระดับอำเภอ				
๒	ดำเนินการตามแผนบูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนระดับอำเภอ				
๓	บรรลุตามค่าเป้าหมาย ๑ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้)				
๔	บรรลุตามค่าเป้าหมาย ๒ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้)				
๕	บรรลุตามค่าเป้าหมาย $\geq 3$ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้)				

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ประชุมจัดทำแผนบูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนระดับจังหวัด ประจำปี ๒๕๖๕	ดำเนินการตามแผนบูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนระดับจังหวัดและสามารถดำเนินการโดยบรรลุตามค่าเป้าหมาย ๑ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้)	สามารถดำเนินการโดยบรรลุตามค่าเป้าหมาย ๒ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้)	สามารถดำเนินการโดยบรรลุตามค่าเป้าหมาย $\geq 3$ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้) มีสรุปผลการดำเนินงาน

คำอธิบาย : เศรษฐกิจฐานราก หมายถึง ระบบเศรษฐกิจของชุมชนท้องถิ่น ที่สามารถพึ่งตนเองภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่มีการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน มีคุณธรรม และเป็นระบบเศรษฐกิจที่เอื้อให้เกิดการพัฒนาด้านอื่น ๆ ในพื้นที่ทั้งเศรษฐกิจ สังคม ผู้คน ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน องค์กรประกอบสำคัญจะต้องสร้างความร่วมมือในทุกระดับและทุกมิติ เพื่อให้เกิดความร่วมมือให้บรรลุเป้าหมายและสัมพันธภาพที่ดี ทั้งระดับกลุ่มต่อกลุ่ม กลุ่มกับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อให้การขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานราก เห็นผลรูปธรรมที่ชัดเจน จึงกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานราก โดยแบ่งออกเป็น ๖ มิติ เพื่อใช้เป็นแนวทางตั้งต้นสำหรับการดำเนินงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

มิตินี้ ๑ ความร่วมมือหน่วยงานในพื้นที่	มิตินี้ ๒ ฐานข้อมูลขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการ	มิตินี้ ๓ มาตรฐานกระบวนการผลิตและประกันคุณภาพ
<p>จำนวนประชุมราชการ หรือ เข้าร่วมประชุมทางไกล (ออนไลน์) บูรณาการร่วมกับหน่วยงานภายในจังหวัด โดยมีภาคีเครือข่าย เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>๒.สาธารณสุขอำเภอ/รพ./รพสต.</li> <li>๓.สำนักงานพัฒนาชุมชน</li> <li>๔.สำนักงานเกษตร</li> <li>๕.สำนักงานอุตสาหกรรม</li> <li>๖.สำนักงานพาณิชย์</li> <li>๗.อบต./เทศบาล</li> <li>๘.สถาบันการเงินต่างๆ</li> <li>๙.หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>	<p>จัดทำ/ปรับปรุงฐานข้อมูลผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ที่ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย หรือได้ขึ้นบัญชีอยู่ในฐานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.ฐานข้อมูลผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนในแต่ละอำเภอ</li> <li>๒.ฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน OTOP การพัฒนาชุมชน</li> <li>๓.ระบบสารสนเทศวิสาหกิจชุมชน กรมส่งเสริมการเกษตร</li> <li>๔ ฐานข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>	<p>ค้นหา Best Practice ของผู้ประกอบการที่ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมายย่อย. ซึ่งสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ด้านการกระบวนการผลิตและการประกันคุณภาพสินค้า ให้แก่ผู้ประกอบการร้านอื่นได้ หรือเป็นต้นแบบในด้านต่างๆได้ โดยอาจพิจารณาจากข้อกำหนดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.ด้านกระบวนการผลิตได้มาตรฐาน</li> <li>๒.ด้านประกันคุณภาพผลิตภัณฑ์</li> <li>๓.ด้านการตรวจสอบย้อนกลับผลิตภัณฑ์และการจัดการรับเรื่องร้องเรียนและแก้ไขปัญหาลูกค้า</li> <li>๔.ด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>
<p>ค่าเป้าหมาย : เข้าร่วมประชุม/จัดประชุมบูรณาการอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : ฐานข้อมูลผู้ประกอบการในแต่ละอำเภอเพื่อรวบรวมเป็นชุดข้อมูลระดับจังหวัด</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : ค้นหาผู้ประกอบการซึ่งเป็น Best practice ระดับอำเภอๆ ละ ๑ แห่ง</p>

มิติที่ ๔ การเงินและแหล่ง ลงทุนผู้ประกอบการ	มิติที่ ๕ การตลาดและการ ขนส่งโลจิสติกส์	มิติที่ ๖ การสร้างมูลค่าเพิ่ม วิจัย ผลิตภัณฑ์และนวัตกรรม
<p>มีการแนะนำแหล่งข้อมูล/องค์ความรู้ หรือการประสานหน่วยงานด้านการเงินและแหล่งเงินทุน หรือจัดกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ประกอบการตัดสินใจ ให้เข้าถึงการสนับสนุนด้านการเงิน และแหล่งทุน วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ อาคารหรือสถานที่ จากหน่วยงานต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. กลุ่มสหกรณ์ หรือสหกรณ์ การเกษตร</li> <li>๒. ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.)</li> <li>๓. ธนาคารพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมแห่งประเทศไทย (SME Bank)</li> <li>๔. ธนาคารพาณิชย์/สถาบันการเงินต่างๆ</li> <li>๕. หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>	<p>ค้นหา Best Practice ของผู้ประกอบการที่ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย.ที่มีการตลาดและการขนส่งกระจายสินค้าในวงกว้าง ที่เป็นแบบอย่างที่ดี ยกตัวอย่างเช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เป็นผู้ประกอบการ มีช่องทางการจำหน่ายหลากหลายรูปแบบ กระตุ้นยอดขายได้ ไปยัง modern trade และห้างสรรพสินค้า เป็นต้น</li> <li>๒. เป็นผู้ประกอบการ online หรือ digital marketing</li> <li>๓. เป็นผู้ประกอบการ ที่ได้รับการสนับสนุนด้านการตลาด การขนส่ง และกระจายสินค้า จุดรับซื้อหรือจุดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ โดยหน่วยงานต่างๆ</li> </ol>	<p>มีการบริหารจัดการความรู้ วัตถุดิบ ท้องถิ่น พืชพรรณไม้ สมุนไพร แมลง หรือสัตว์ ที่ใช้เป็นอาหารท้องถิ่น หรือสมุนไพรท้องถิ่น เพื่อบ่งชี้รายการ ส่วนประกอบที่น่าสนใจหรือสามารถสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจได้ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้สถาบันการศึกษา หน่วยงานรัฐ นักวิจัยอิสระ นำไปพัฒนาต่อยอดเชิงวิชาการและพัฒนางานวิจัยในอนาคตได้</p> <p>โดยแต่ละรายการควรมีอย่างน้อย ๔ หัวข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ชื่อวัตถุดิบ (ชื่อวิทยาศาสตร์และชื่อท้องถิ่น ถ้ามี)</li> <li>๒. แหล่งที่พบและลักษณะทางกายภาพ (ลักษณะทางเคมี กลุ่มสารเคมีหรือชีวเคมีที่พบ ถ้ามี)</li> <li>๓. ข้อบ่งใช้และส่วนที่ใช้ประโยชน์ ปริมาณและกรรมวิธีที่นำมาใช้</li> <li>๔. ประวัติศาสตร์และความเป็นมาโดยย่อ</li> </ol>
<p>ค่าเป้าหมาย : มีการแนะนำแหล่งข้อมูล/บูรณาการหน่วยงานด้านการเงินและแหล่งทุน อย่างน้อย ๑ กิจกรรม/อำเภอ</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : ค้นหาผู้ประกอบการ ซึ่งเป็น Best practice ระดับอำเภอๆ ละ ๑ แห่ง</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : การบริหารจัดการความรู้วัตถุดิบท้องถิ่น พืชพรรณไม้ สมุนไพร แมลงหรือสัตว์ที่ใช้เป็นอาหารท้องถิ่น หรือสมุนไพรท้องถิ่น อย่างน้อยอำเภอละ ๑ รายการ</p>

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แบบฟอร์มรายงาน/นิเทศติดตาม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายภาษิต พิศาลสุทธิกุล เบอร์ติดต่อ : ๐-๗๔๗๒-๓๕๖๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสดาญ จารุสิริรังษี และ นางสุภาภรณ์ รักษ์ศรีทอง เบอร์ติดต่อ : ๐-๗๔๗๒-๓๕๖๖

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๐ : ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

หน่วยวัด : ระดับขั้นความสำเร็จ

คำอธิบาย : คปสอ. ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ( รพท., รพช. และ รพ.สต.) ในแต่ละอำเภอ มีการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ ผ่านกลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

: รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ ๗๐

: รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากอย่างน้อยร้อยละ ๑๐

#### วิธีการคำนวณ

๑. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๗๐

A คือ จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป

B คือ จำนวน รพ.สต. ทั้งหมดในแต่ละอำเภอ

$$\text{ร้อยละของ รพ. สต. ที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป} = \frac{A \times 100}{B}$$

๒. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก อย่างน้อยร้อยละ ๑๐

C คือ จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

B คือ จำนวน รพ.สต. ทั้งหมดในแต่ละอำเภอ

$$\text{ร้อยละของ รพ. สต. ที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก} = \frac{C \times 100}{B}$$

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ(Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	✓				
๒	✓	✓			
๓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓



## เกณฑ์คะแนน

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
๑	มีการกำหนดนโยบาย แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ในระดับอำเภอและระดับโรงพยาบาล
๒	คปสอ. มีการพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วม เช่น การประชุมชี้แจง,การจัดอบรม เป็นต้น
๓	โรงพยาบาลมีการดำเนินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื่อ ให้ครบถ้วน ทุกเดือน และ คปสอ. รวบรวมผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ส่งไปยัง สสจ.
๔	โรงพยาบาลในแต่ละ คปสอ. ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital โดยคณะกรรมการประเมิน สสจ.สตูล และรพ.สต. ผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๖๐
๕	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ยกระดับ ๑ ขึ้นจากเดิม และรพ.สต. ผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๗๐ และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ดีมาก อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ขึ้นไป

## เกณฑ์เป้าหมาย (Small Success)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. มีการกำหนดนโยบาย แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ในระดับอำเภอ โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง ๒.โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีมคณะทำงานเพื่อดำเนินการตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๓.โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื่อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์	๑.โรงพยาบาล และรพ.สต. ทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์GREEN & CLEAN Hospital ๒. โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ อย่างน้อย ร้อยละ ๗๐ <b>มีผลการประเมินตนเองผ่านตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital</b> ๓. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื่อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์	๑. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ยกระดับ ๑ ขึ้นจากเดิม โดยทีม สสจ.สตูล ๒. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital โดยทีมสสจ.สตูล และผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ ๓. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื่อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์	๑. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ยกระดับ ๑ ขึ้นจากเดิม โดย ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา ๒. อย่างน้อย ร้อยละ ๗๐ ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป โดยทีม สสจ.สตูล ๓. อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก โดยทีม สสจ.สตูล ๓. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื่อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์

หมายเหตุ :

๑. โรงพยาบาลที่ประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก PLUS แล้ว จะต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาระดับตามเกณฑ์มาตรฐาน และให้ถือว่ามีภาระระดับโดยอนุโลม
๒. อย่างน้อยร้อยละ ๗๐ ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป คิดจากจำนวน รพ.สต. ที่ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไปแล้ว ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ และ รพ.สต. ที่ดำเนินการเพิ่มเติมในปี ๒๕๖๕ โดย รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จะมีอายุการรับรอง ๒ ปี จึงจะมีการประเมินซ้ำ เว้นแต่ รพ.สต. นั้นๆ ประสงค์ขอรับการประเมินเพื่อยกระดับที่สูงขึ้น
๓. อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก คิดจากจำนวน รพ.สต. ที่ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดีมากไปแล้ว ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ และ รพ.สต. ที่ดำเนินการพัฒนายกระดับเพิ่มเติมในปี ๒๕๖๕
๔. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :
  - ๔.๑ ฐานข้อมูลจากโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ที่ website <http://envmanifest.anamai.moph.go.th> และแบบรายงานข้อมูลการตรวจประเมิน GREEN & CLEAN Hospital
  - ๔.๒ การสืบค้นที่กข้อมูล ในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลและต้องเป็นผู้บันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ รพ.สต. นำฝากเพื่อส่งกำจัดให้ครบถ้วนด้วย
  - ๔.๓ โรงพยาบาล/สสอ.บันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
  - ๔.๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้ศูนย์อนามัยเพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของเขต

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวราวุธ วรณวิไล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

เบอร์ติดต่อ ๐๘๖-๙๖๐๕๘๗๘

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวราภรณ์ เส้นสมมาตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์ติดต่อ ๐๘๙-๗๓๙๐๗๒๖

**ตัวชี้วัดที่ ๑๑ :** ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

**หน่วยวัด :** ร้อยละ

**น้ำหนัก :** ๐.๕

**เป้าหมาย :** ๒๐.๕

**คำอธิบาย :**

**๑. ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ แบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น

**๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย** หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น

-การรักษาด้วยยาสมุนไพร

-การประคบยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย(ประเภทเวชกรรม) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

-ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวินิจฉัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

-การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ

-การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ

-การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ

-การทาบหม้อเกลือ

-การพอกยาสมุนไพร

-การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

-การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

-การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

-การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย

-การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก

-การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

-การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัส

ภายหลัง

**๓. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก** หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่

- การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว /ครอบกระดูก

- การแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรบำบัด หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

**๔. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

สูตรการคำนวณ :  $A / B * 100$

A = จำนวน(ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

B = จำนวน(ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวง  
สาธารณสุข

**เกณฑ์การให้คะแนน**

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๐.๕	ร้อยละ ๑๖.๕	ร้อยละ ๑๗.๕	ร้อยละ ๑๘.๕	ร้อยละ ๑๙.๕	ร้อยละ ๒๐.๕

**เกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพ (Small Success)**

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑.คปสอ.มีแผนงาน/โครงการระดับอำเภอ ขับเคลื่อนการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้สอดคล้องกับสถานการณ์</p> <p>๒.โรงพยาบาลมีแผนการบริหารจัดการยาสมุนไพรและฟ้าทะลายโจรเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลผลิตยาสมุนไพรในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ</p> <p>๓.โรงพยาบาล/รพ.สต.มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานให้บริการแบบ on-site / online</p>	<p>๑.มีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อยจำนวน ๒ รายการ (โดยมียาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร ๑ รายการ)</p>	<p>๑.รพ.มีบริการด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสาน ใน</p> <p>-Intermediate care</p> <p>-Palliative care</p>	<p>๑.ให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐.๕</p> <p>๒.ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว(จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด)</p>

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ แพ้ม/จังหวัดรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน ๔๓ แพ้ม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุขมาลย์ พัฒนศิริ เภสัชกรชำนาญการ เบอร์ติดต่อ ๐๗๔ ๗๑๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๔ / ๐๙ ๓๗๘๐ ๔๑๔๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายวิชัย วนิชสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ : ๐๗๔ ๗๑๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๔ / ๐๙ ๑๔๕๙ ๒๖๑๔

**ตัวชี้วัดที่ ๑๒ :** ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

**หน่วยวัด :** ร้อยละ

**น้ำหนัก :** ๐.๕

**คำอธิบาย :**

ระดับอำเภอ จำนวนหน่วยงาน (รพ.สต.,ศูนย์สุขภาพชุมชน,รพ.) ในอำเภอที่ส่งบัตรรายงานหรือ electronic fileโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในช่วงเวลาที่กำหนดต่อจำนวนหน่วยงานทั้งหมดในอำเภอ (โดยมีการประเมินเป็นรายเดือน)

เกณฑ์การรายงาน

๑.ระดับ รพ.สต.,ศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

๒.ระดับอำเภอ (ศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอ) ต้องรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง คือ วันจันทร์ พุธ ศุกร์

สูตรการคำนวณ : 
$$\frac{\text{จำนวนหน่วยงานที่รายงานโรค ในเวลาที่กำหนด} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยงานทั้งหมด}}$$

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

ตัวชี้วัด	เกณฑ์คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ความครอบคลุมของหน่วยงานที่รายงานโรค (ร้อยละ)	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

**แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

๑. ทะเบียนการส่งรายงาน ๕๐๖ ของอำเภอ/โรงพยาบาล

๒. โปรแกรม ๕๐๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นายมะรอฟี เจ๊ะสื่อแม เบอร์โทรติดต่อ : ๐-๘๙๖๕-๕๔๓๖๓

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางศิริเพ็ญ เจ๊ะสื่อแม เบอร์โทรติดต่อ : ๐-๘๕๕๓-๔๓๘๖๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ : Treatment coverage อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ(ทุกชนิด : All Form) ในปี ๒๕๖๕

น้ำหนัก : ๐.๕

หน่วยวัด : ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยวัณโรคที่คาดว่าจะมี ในปี ๒๕๖๕

วิธีคิด :  $A \times 100$

B

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปี ๒๕๖๔ ที่คิดจากอุบัติการณ์ ๑๕๐/แสน ประชากร (กองวัณโรคกำหนดขึ้นทุกปีจาก Galbal report ของ WHO ที่คำนวณรายพื้นที่)

ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมี ( Estimate case )

วิธีคิด :  $\frac{\text{ประชากร type ๑ + ๓ (๑ มกราคม ๒๕๖๔)} \times 150}{100,000}$

๑๐๐,๐๐๐

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อนหรือผู้ป่วยที่เคยได้รับยารักษาวัณโรค ไม่เกิน ๑ เดือน โดยไม่เคยขึ้นทะเบียนในระบบวัณโรคแห่งชาติ (NTIP)

ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษาโดยสูตรใดๆก็ตามและผ่านการขึ้นทะเบียน โดยได้รับการประเมินว่ารักษาหายหรือรักษาครบแล้วและกลับมาป่วย

ผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด All Form หมายถึง วัณโรคทุกชนิด คือ

วัณโรคปอด - ชนิดที่พบเชื้อ ( B+ )

- ชนิดที่ไม่พบเชื้อ ( B- )

วัณโรคนอกปอด คือ วัณโรคชนิดที่พบในทุกอวัยวะที่ไม่ใช่ปอด

วัตถุประสงค์ เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทให้พบมากกว่าร้อยละ ๖๐ของผู้ป่วยที่คาดว่าจะมี (๑๕๐/๑๐๐,๐๐๐ ปชก.)

เกณฑ์การประเมิน คือ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล ร้อยละ ๖๐

โดยเกณฑ์ประเมินรอบ ๖ เดือน คือ

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
≥ร้อยละ ๒๐	≥ร้อยละ ๒๕	≥ร้อยละ ๓๐	≥ร้อยละ ๓๕	≥ร้อยละ ๔๐

เกณฑ์ประเมินรอบ ๑๒ เดือน คือ

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
≥ร้อยละ ๒๐	≥ร้อยละ ๓๐	≥ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๕๐	≥ร้อยละ ๖๐

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล ทะเบียนรายงาน TB ๐๗ จาก DATA Center โปรแกรม NTIP

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :คุณอรนุช นรารักษ์ ตำแหน่ง นวก.สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ๐๘๑-๕๔๓๗๖๓๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล คุณรุ่งรัตน์ ดุลยาภรณ์ ตำแหน่ง นวก.สาธารณสุขชำนาญการ ๐๘๘-๗๘๒๘๒๖

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ : ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข  
อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๐๕

เป้าหมาย : สถานบริการทุกแห่ง

คำอธิบาย : การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข หมายถึง การผลิตสื่อเพื่อสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการสื่อสารเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เรื่อง การป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และสนับสนุนสื่อให้กับหน่วยงานทั้งภายนอกและภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด) อุบัติเหตุ ป้องกันเด็กจมน้ำ การควบคุมการบริโภคยาสูบ ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โรคติดต่อทั่วไป โรคติดต่อนำโดยแมลง วัณโรค โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลิตภัณฑ์แนะนำการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน เช่น โรคโควิด – ๑๙ ภาวะภัยพิบัติ หมอกควัน วาตภัย น้ำท่วม

สูตรคำนวณ :

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี = $(A / B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

เป้าหมาย ปี ๒๕๖๕	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			เกณฑ์การให้คะแนน (รอบ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน)					หมายเหตุ
	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๑	๒	๓	๔	๕	
๗๐	-	๘๕.๗๑	๙๖.๔๒	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	

เกณฑ์การให้คะแนน : ปี ๒๕๖๕ : โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

รอบ ๓ เดือน และ ๖ เดือน

ระดับคะแนน	สถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี				
	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐
๑	/				
๒	/	/			
๓	/	/	/		
๔	/	/	/	/	
๕	/	/	/	/	/

รอบ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน

ระดับคะแนน	สถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี				
	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐
๑	/				
๒	/	/			
๓	/	/	/		
๔	/	/	/	/	
๕	/	/	/	/	/

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

แหล่งข้อมูล	: หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	: การนำเสนอ การรายงานผล การติดตามในพื้นที่
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ ๒ ครั้ง
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ทุกสถานบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	: ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้าน สาธารณสุข อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี $= (A / B) \times 100$
วิธีการประเมินผล	: ตามแบบฟอร์มรายงานผลการประเมินสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุขสันต์ มรรคาเขต  
โทรศัพท์ ๐ ๗๔๗๑ ๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล นายสุขสันต์ มรรคาเขต  
โทรศัพท์ ๐ ๗๔๗๑ ๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๑

.....



ตัวชี้วัดที่ ๑๕ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบงานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ (ตัวชี้วัดระดับอำเภอ)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ๑.๐

คำอธิบาย :

เป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอคณะทำงานพัฒนาข้อมูล ๔๓ แห่ง ระดับอำเภอและหน่วยบริการทุกแห่งในแต่ละ คปสอ. จะต้องรับผิดชอบร่วมกัน มุ่งเน้นเรื่องการจัดการสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ ประโยชน์ ของการใช้งานสารสนเทศ ทั้งระบบเครือข่าย ของหน่วยงาน

การประเมินจะใช้รายละเอียดประเด็นการประเมินตามข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพ ของระบบ สารสนเทศ ตามที่กำหนดทั้ง ๕ ประเด็น ดังนี้

ประเด็น	แนวทางประเมิน	
	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพ ข้อมูลระดับอำเภอ	- หน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งทีมเป็นปัจจุบัน - หน่วยงานมีการมอบหมายหรือแต่งตั้งเจ้าหน้าที่/คณะทำงาน รับผิดชอบดูแลฐานข้อมูล อย่างเป็นทางการ โดยให้มีหน้าที่มีแผนปฏิบัติงาน มีการประชุมคณะทำงานอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง มีการมอบหมายการดำเนินงาน	- หน่วยงานมีการดำเนินงานตามแผน มีการประชุมคณะทำงานอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง มีการมอบหมายการดำเนินงาน มีการประชุมคณะทำงานอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง
๒. มีการติดตามการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญ ของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ	เจ้าหน้าที่/คณะทำงาน รับผิดชอบดูแลฐานข้อมูลของหน่วยงาน ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้ - ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล - ติดตามความทันเวลาของการจัดส่งข้อมูล ๔๓ แห่ง ของหน่วยบริการ - ตรวจสอบข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น ประเด็นปัญหาของพื้นที่ - จัดทำสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร ภายใน ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔	เจ้าหน้าที่/คณะทำงาน รับผิดชอบดูแลฐานข้อมูลของหน่วยงาน ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้ - ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล - ติดตามความทันเวลาของการจัดส่งข้อมูล ๔๓ แห่ง ของหน่วยบริการ - ตรวจสอบข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และสถิติการใช้ข้อมูล - จัดทำสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร ภายใน ๑ กันยายน ๒๕๖๔
๓. มีระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบ ฐานข้อมูล และ สารสนเทศ	- หน่วยงานมีแผนผังระบบรักษาความมั่นคง และปลอดภัยของระบบฐานข้อมูล และ สารสนเทศ และดำเนินการตามแผน	- หน่วยงานส่งรายงานการตรวจสอบและดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ ปี ละ ๑ ครั้ง - มีการติดตามการใช้งานระบบสารสนเทศของหน่วยงาน และตรวจตราการละเมิดความปลอดภัยที่มีต่อระบบข้อมูล ที่เป็นไปตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับ คอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐

ประเด็น	แนวทางประเมิน	
	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๔. ผลการดำเนินงาน คุณภาพข้อมูลภาพ รวมระดับอำเภอผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐</p>	<p>-หน่วยงานมีการติดตามการดำเนินงานของ หน่วยบริการในเขตรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ และผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย ๕๐% (ผ่าน อย่าง น้อย ๓ ข้อจาก ๖ ข้อ)</p> <p>- การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบ จาก ข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวง สาธารณสุข ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) และ ภาพรวม ๔๓ แห่ง ซึ่งเป็น ข้อมูล ประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการ นั้นๆ โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <p>๑. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) ไม่เป็นค่าว่างหรือตรงตามหลัก mod๑๑ กรณีสัญชาติไทย</p> <p>๒. ข้อมูลเพศ (sex)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>๓. ข้อมูลสัญชาติ (nation)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างด้าว ต้อง มีข้อมูลใน labor ด้วย</p> <p>๔. ข้อมูลวันเกิด (birth)</p> <p>-เมื่อคำนวณ อายุของผู้มารับบริการเทียบจาก วันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และ ไม่เกิน ๑๒๐ ปี</p> <p>๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p>	<p>- มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยธรรมชาติ รวมถึงการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>-หน่วยงานมีการติดตามการดำเนินงานของ หน่วยบริการในเขตรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ และผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย ๕๐% (ผ่านอย่าง น้อย ๓ ข้อจาก ๖ ข้อ)</p> <p>- การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบ จาก ข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ประเมินจากข้อมูล บุคคล (Person) และภาพรวม ๔๓ แห่ง ซึ่ง เป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วย บริการนั้นๆ โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <p>๑. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) -ไม่เป็นค่าว่างหรือตรงตามหลัก mod๑๑ กรณีสัญชาติไทย</p> <p>๒. ข้อมูลเพศ (sex)</p> <p>-ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>๓. ข้อมูลสัญชาติ (nation)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างด้าว ต้องมี ข้อมูลใน labor ด้วย</p> <p>๔. ข้อมูลวันเกิด (birth)</p> <p>- เมื่อค ำนวนอายุของผู้มารับบริการเทียบจาก วันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่ เกิน ๑๒๐ ปี</p> <p>๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน กรณีเป็นสถานะ ยัง ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p>

ประเด็น	แนวทางประเมิน	
	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๕. ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากรเข้าซ้อนภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าซ้อนไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐	๖. ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูลจากเว็บไซต์ http://hdcl๒.stno.moph.go.th/sis/ ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๓ และ ๓๑ มี.ค.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐ ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากรเข้าซ้อนจากเว็บไซต์ http://hdcl๒.stno.moph.go.th/recheck/ ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๓ และ ๓๑ มี.ค.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าซ้อนไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐	๖. ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูลจากเว็บไซต์ http://hdcl๒.stno.moph.go.th/sis/ ณ วันที่ ๓๐ มิ.ย.๖๔ และ ๓๐ ก.ย.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐ ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากรเข้าซ้อนจากเว็บไซต์ http://hdcl๒.stno.moph.go.th/recheck/ ณ วันที่ ๓๐ มิ.ย.๖๔ และ ๓๐ ก.ย.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าซ้อนไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐

หมายเหตุ : ๑. หลักฐานการดำเนินการต่างๆ ขอให้จัดเก็บในรูปแบบ Digital File (Scan เป็นรูปภาพหรือ PDF) และสามารถส่งหลักฐานได้ทาง e-mail : [mrhero๙@hotmail.com](mailto:mrhero๙@hotmail.com)

๒. ข้อมูลผลงานคุณภาพข้อมูล และผลงานการแก้ไขประชากรเข้าซ้อน จากเว็บไซต์ สสจ.สตูล

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นจำนวนข้อ(ประเด็น)ของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ ซึ่งพิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามประเด็นของแต่ละระดับคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน	จำนวนข้อ(ประเด็น)ของความสำเร็จ (Milestone)				
	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐
๑	/				
๒	/	/			
๓	/	/	/		
๔	/	/	/	/	
๕	/	/	/	/	/

หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

คำอธิบาย : เป็นตัวชี้วัด ระดับ รพ.สต.,PCU, รพช. และรพท. สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล	คำอธิบาย/สูตรคำนวณ
๑. หน่วยบริการที่ ผ่านเกณฑ์ คุณภาพข้อมูล (รพ.สต.,PCU,รพช.,รพท.) -หน่วยบริการผ่าน	ร้อยละ ๙๙.๙๐	จากระบบตรวจสอบ คุณภาพข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สสจ. สตูล	คำนิยาม สถานบริการ หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คุณภาพ หมายถึง ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านเกณฑ์ ตรวจสอบทุกด้าน ทั้งด้านความถูกต้อง ความ ครบถ้วน และ ความทันเวลา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล	คำอธิบาย/สูตรคำนวณ
<p>เกณฑ์ความครบถ้วน (ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p>-หน่วยบริการผ่าน</p> <p>เกณฑ์ความถูกต้อง ร้อยละ ๙๙</p>			<p><u>ความครบถ้วน</u> หมายถึง การบันทึกข้อมูลในระบบ his ของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านระบบ hdc มีความครบถ้วนของข้อมูลแต่ละแฟ้มตามโครงสร้างมาตรฐาน ในแฟ้มดังนี้ service diagnosis_opd procedure_opd drug_opd anc epi nutrition specialpp</p> <p><u>ความถูกต้อง</u> หมายถึง การบันทึกข้อมูลในระบบ his ของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านระบบ hdc มีความครบถ้วนของข้อมูลแต่ละแฟ้มตามโครงสร้างมาตรฐานมีครบถูกต้องตามมาตรฐานและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ถูกต้อง</p> <p><u>ความทันเวลา</u> หมายถึง การส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านระบบ hdc มีความทันเวลาตามเกณฑ์ (ข้อมูลเดือนที่แล้วส่งภายใน ๓๐ วันของเดือนถัดไป)</p> <p><u>การรวบรวมข้อมูล</u> - ตรวจสอบผ่านโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพ สสจ.สตูล แต่ละหน่วยบริการนำคะแนนที่ได้ จากผลงาน ๓ ด้าน ได้แก่ ความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันเวลา แล้วนำผลคะแนนรวมที่ได้มาเฉลี่ย สูตรคำนวณ = (A+B+C)/๓</p> <p>A = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความครบถ้วน(ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p>B = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความถูกต้อง(ร้อยละ ๙๙)</p> <p>C = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความทันเวลา(ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน</u> มี ๕ ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ ๑ ผ่านเกณฑ์คุณภาพต่ำกว่าร้อยละ ๙๙.๑๐</p> <p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ ๙๙.๓๐</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ ๙๙.๕๐</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ ๙๙.๗๐</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ ๙๙.๙๐</p>

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สสจ.สตูล

ผู้ประสานงาน : ๑. นายเกษม ไพรสุยัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ๐๘-๖๙๖๕-๖๙๖๕

๒. นายประณต มหาวิจิตร นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ๐๘-๕๘๙๓-๔๗๑๓

ภาคผนวก

คำอธิบายเพิ่มเติมในการพัฒนาปรับปรุงสารสนเทศ

เกณฑ์การตรวจประเมินการเชื่อมโยงเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ มีดังนี้

ข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้านประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ	เกณฑ์การตรวจประเมิน
๑. การจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพข้อมูล ระดับอำเภอ	<input type="checkbox"/> มีคำสั่งแต่งตั้งทีมเป็นปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีแผนปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูลรวมถึงการดำเนินการตามแผน และตรวจสอบข้อมูล
๒. มีการติดตามการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ	<input type="checkbox"/> มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูล รวมถึงการดำเนินการตามแผนการจัดเก็บและตรวจสอบข้อมูลแต่ ประเภทในระบบฐานข้อมูล ในระยะเวลาที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานในพื้นที่ และมีการใช้งาน Data Exchange ของหน่วยบริการอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง/แห่ง <input type="checkbox"/> มีการจัดทำเอกสาร สรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญ
๓. มีระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและ สารสนเทศ	<input type="checkbox"/> มีระบบการการเข้าถึง (Login) ในสารสนเทศของหน่วยงาน <input type="checkbox"/> หน่วยงานมีแผนผังระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบ ฐานข้อมูลและสารสนเทศ และดำเนินการตามแผน <input type="checkbox"/> หน่วยงานมีรายงานการตรวจสอบและดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ ปีละ ๑ ครั้ง <input type="checkbox"/> มีการติดตามการใช้งานระบบสารสนเทศของหน่วยงานและตรวจตราการละเมิดความปลอดภัยที่มีต่อระบบข้อมูลที่ เป็นไปตาม พ.ร.บ. ว่า ด้วยการรักษาความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ <input type="checkbox"/> มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยธรรมชาติ รวมถึงการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๔. ผลการดำเนินงานคุณภาพข้อมูลภาพ รวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐	<input type="checkbox"/> ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูล จากเว็บไซต์ <a href="http://hdcb.stno.moph.go.th/sis/">http://hdcb.stno.moph.go.th/sis/</a> ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๓ และ ๓๑ มี.ค.๖๔ วันที่ ๓๐ มิ.ย.๖๔ และ ๓๑ ส.ค.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐ <input type="checkbox"/> การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการ ส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูล ประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ประกอบด้วย

ข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้านประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ	เกณฑ์การตรวจประเมิน
	<p>๑. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid)</p> <p>๒. ข้อมูลเพศ (sex)</p> <p>๓. ข้อมูลสัญชาติ (nation)</p> <p>๔. ข้อมูลวันเกิด (birth)</p> <p>๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <p>๑. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) -ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod๑๑ กรณีสัญชาติไทย</p> <p>๒. ข้อมูลเพศ (sex) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>๓. ข้อมูลสัญชาติ(nation) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และ หากเป็นต่างด้าว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย</p> <p>๔. ข้อมูลวันเกิด (birth) -เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน ๑๒๐ ปี</p> <p>๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน -กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น (ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย ๓ ใน ๕ ข้อ)</p>
<p>๕. ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากร ซ้ำซ้อนภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรซ้ำซ้อนไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐)</p>	<p>มีผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูล จากเว็บไซต์ <a href="http://hdcb.stno.moph.go.th/sis/">http://hdcb.stno.moph.go.th/sis/</a> ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๓ และ ๓๑ มี.ค.๖๔ , วันที่ ๓๐ มิ.ย.๖๔ และ ๓๐ ส.ค.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรซ้ำซ้อนไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐)</p>

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คปสอ.

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ๑.๐

เป้าหมาย : ระดับ ๕

คำอธิบาย : เป็นการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงาน คปสอ. โดยประเมินจากผลคะแนนของ  
การ ดำเนินกิจกรรมรวมทั้งหมด ๕ กิจกรรมที่สำคัญ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อ	กิจกรรม	คะแนน
๑	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ.	๐.๕
๒	มีแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพระดับอำเภอ	๐.๕
๓	มีการประชุม คปสอ. อย่างน้อยปีละ ๖ ครั้ง	๑.๕
๔	มีการนิเทศผสมผสาน ๒ ครั้ง/ปี/สถานบริการ	๑.๕
๕	มีสรุปผลการนิเทศผสมผสานและสรุปผลปฏิบัติงานประจำปี	๑.๐

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	ระดับคะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ระดับความสำเร็จของ การดำเนินงาน คปสอ.	๑	๐.๕	๑.๐	๒.๕	๔	๕

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑.มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ คปสอ. ๒. มีแผนปฏิบัติการด้าน สุขภาพระดับอำเภอ ๓. การประชุม คปสอ.	๑. มีการประชุม คปสอ. ๒. มีการนิเทศผสมผสาน ๓. สรุปรายงานการ ประชุม และการนิเทศ ผสมผสาน ส่ง สสจ.	๑. มีการประชุม คปสอ. ๒. มีการนิเทศผสมผสาน ๓. สรุปรายงานการ ประชุม และการนิเทศ ผสมผสาน ส่ง สสจ.	๑. สรุปผลการนิเทศ ผสมผสานและสรุปผล ปฏิบัติงานประจำปี

แหล่งข้อมูล /วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รายงานการประชุม คปสอ.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายธีระยุทธ เกียรติธนภูษิต

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกัญยารัตน์ ศิริชา

ชื่อตัวชี้วัดที่ : ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ  
 หน่วยวัด : ร้อยละการเบิกจ่าย  
 น้ำหนัก : ๑.๐  
 เป้าหมาย : เพื่อเร่งรัดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ งบดำเนินงานให้เป็นไปตามมติ ครม. สำหรับ  
 ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ร้อยละ ๑๐๐  
 คำอธิบาย :  
 สูตรการคำนวณ :

ไตรมาส ๑ - ๒	=	$\frac{\text{จำนวนเงินเบิกจ่าย}}{\text{ยอดรับจัดสรรครั้งที่ ๑}}$
ไตรมาส ๓ - ๔	=	$\frac{\text{จำนวนเงินเบิกจ่าย}}{\text{ยอดรับจัดสรรทั้งหมด}}$

**เกณฑ์การให้คะแนน**

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน เทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ	๑.๐					
ไตรมาส ๑		๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕
ไตรมาส ๒		๓๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
ไตรมาส ๓		๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕
ไตรมาส ๔		๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐

**เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดระดับ คปสอ.จังหวัดสตูล ๒๕๖๕**

ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์ระดับการให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน		
			๑	๒	๓	๔	๕	ผลงาน	ระดับ	คะแนน ถ่วง นน.
๑	ร้อยละการเบิก จ่ายเงินงบประมาณ	๑.๐								

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลเบิกจ่ายและจัดสรรจากงานการเงิน สสจ.สตูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาว วันทิพย์ อุทยานกร

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอัญคนาย์ พูลสวัสดิ์



ชื่อตัวชี้วัดที่ : ร้อยละ ๘๐ ของ (รพ.สต.) รพช. และ สสอ. ที่ คกก.ตรวจสอบภายในระดับอำเภอและ คกก.ภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดได้ทำการตรวจสอบภายใน

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๑.๐

เป้าหมาย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) /รพช. และ สสอ. ได้รับการตรวจสอบภายในครบร้อยละ ๘๐

คำอธิบาย : รพ.สต. ได้รับการตรวจสอบภายในหมายถึง รพ.สต. / รพช.และสสอ. ได้รับการตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบภายในที่อำเภอแต่ละแห่งดำเนินการ โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในของระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ตามรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม และได้มีการรายงานผลให้ สสจ.สตูล ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

สูตรการคำนวณ :

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ.สต. /รพช และสสอ. ที่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในระดับอำเภอได้ดำเนินการตรวจสอบภายใน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน หน่วยงานในสังกัด สสจ.สตูล ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ ๘๐ ของ หน่วยงานในสังกัด สสจ.สตูล ที่ คกก.ตรวจสอบภายในระดับอำเภอได้ทำการตรวจสอบภายใน	๑๐๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มีการกำหนดแผนฯ	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล	รายงานการตรวจสอบภายใน (รพ.สต.) รพช. และ สสอ. จากระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากรายงานการตรวจสอบภายในที่ส่งให้จังหวัดทราบเป็นรายไตรมาส

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางซาริยา มาราสา

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางซาริยา มาราสา

## KPI Template เกณฑ์การประเมินระดับความสำเร็จตัวชี้วัด คปสอ.(MOU) ปี ๒๕๖๕

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละ ๘๐ ของนักเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

หน่วยวัด : ร้อยละ

เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐

น้ำหนัก : ๑.๐

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐

คำอธิบาย : เด็กนักเรียนอายุ ๖ -๑๒ ปี คือ เด็กที่มีอายุ ๖ ปีถึงอายุ ๑๒ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

Provider type =๐๒,๐๖ , ตรวจคุณภาพ PTEETH > ๐ คนใหม่

สูตรการคำนวณ :

<p>จำนวนเด็ก นักเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปี ที่ได้ตรวจทั้งปาก+วางแผน ที่ล้างแปรง dental x ๑๐๐</p> <p>จำนวนนักเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปีทั้งหมด</p>
---

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ ๘๐ ของนักเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๑.๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๖ เดือน

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐

รอบ ๑๒ เดือน

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

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล ระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวกัญญ์วรา วิลามาศ ทันตแพทย์ปฏิบัติการ เบอร์ติดต่อ : ๐๘๗๕๔๘๑๙๕๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางวิริยา มาลินี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ : ๐๘๘๗๓๒๓๓๔๕๘

\*\*\*\*\*

**ชื่อตัวชี้วัดที่ ๒: ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย (R๒R)**

**หน่วยวัด** : จำนวนเรื่องของงานวิจัย (R๒R) ที่มีการดำเนินการ

**น้ำหนัก** : ๐.๕

**คำอธิบาย** : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย (R๒R) หมายถึง องค์กรความรู้ทางการแพทย์/ การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนาได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ(Original article) บทปริทัศน์(review article) บทความพิเศษ(special article) บทความฟื้นฟู (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary)หรือ รายงานสังเขป(short communication)รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ(miscellany) และนวัตกรรม (innovation) โดยกำหนดให้ มีการดำเนินการงานวิจัย (R๒R)ในองค์กร อย่างน้อย คปสอ.ละ ๓ เรื่องโดย ประกอบด้วยงานวิจัยในคลินิก ๑ เรื่อง งานวิจัยด้านพฤติกรรม ๑ เรื่อง และงานวิจัยในรพ.๑ เรื่อง

**คำอธิบาย** : จำนวนเรื่องงานวิจัย (R๒R) ที่มีการดำเนินการ หมายถึง จำนวนเรื่องงานวิจัย (R๒R) ที่มีการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๙ ขั้นตอน ๑) กำหนดปัญหาการวิจัย๒) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ๓) การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ๔) การกำหนดสมมุติฐาน ๕) การออกแบบการวิจัย ๖) การเก็บรวบรวมข้อมูล ๗) การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล ๘) การสรุปผลและการเขียนรายงานการวิจัย ๙) การเผยแพร่ผลงานการวิจัย

**สูตรการคำนวณ** - ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย (R๒R)

**เกณฑ์เป้าหมาย**

รอบ๓เดือน	รอบ๖เดือน	รอบ๙เดือน	รอบ๑๒เดือน
- มีการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๑-๔ - มีแผนปฏิบัติการ - มีแผนงบประมาณ	- มีการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย๑-๗ -มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ	- มีการควบคุม กำกับ ติดตาม งานวิจัย - มีเอกสารการติดตามการดำเนินงาน - มีการรวมผลงานวิจัยของหน่วยงาน	- มีงานวิจัย (R๒R)

**วิธีการวัด** ในรอบที่๑ (รอบ ๖ เดือน)

**ตัวชี้วัดผลงาน** วัดจากระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย (R๒R)

๑.จัดทำแผนการดำเนินงานวิจัย(R๒R)

๒.จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีและถ่ายทอดแผน/KPI แนวทางสู่การปฏิบัติแก่ผู้รับผิดชอบในสถานบริการ

๓.จัดทำแผนของงบประมาณการดำเนินงานงานวิจัย (R๒R)

๔. ผลการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๑-๔

๕.ผลการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๑-๗

**เกณฑ์การให้คะแนน**

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย (R๒R)	ดำเนินการในข้อ ๑	เท่ากับ ๑ คะแนน
	ดำเนินการในข้อ ๑,๒	เท่ากับ ๒ คะแนน
	ดำเนินการในข้อ ๑,๒,๓	เท่ากับ ๓ คะแนน
	ดำเนินการในข้อ ๑,๒,๓,๔	เท่ากับ ๔ คะแนน
	ดำเนินการในข้อ ๑,๒,๓,๔,๕	เท่ากับ ๕ คะแนน

**วิธีการวัด** ในรอบที่ ๒ (รอบ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน)

ตัวชี้วัดผลงาน (คะแนน)	ค่าเป้าหมาย				
	จำนวนเรื่องของงานวิจัย (R๒R) ที่มีการดำเนินการ				
	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับความสำเร็จ ของการ ดำเนินงาน วิจัย (R๒R)	มีการดำเนินการ ตามหลัก กระบวนการวิจัย ๑-๔ ใน ๓ เรื่อง	มีการดำเนินการ ตามหลัก กระบวนการวิจัย ๑-๗ ใน ๓ เรื่อง	จำนวน ๑ เรื่อง	จำนวน ๒ เรื่อง	จำนวน ๓ เรื่อง

**หมายเหตุ** กำหนดให้ มีการดำเนินการงานวิจัย (R๒R) ในองค์กร อย่างน้อย คปสอ.ละ ๓ เรื่องโดยประกอบด้วย งานวิจัยในคลินิก ๑ เรื่อง งานวิจัยด้านพฤติกรรม ๑ เรื่อง และงานวิจัยในรพ.สต.๑ เรื่อง

**เกณฑ์การให้คะแนน**

ระดับความสำเร็จของการ ดำเนินงานวิจัย (R๒R)	มีการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๑-๔ใน ๓ เรื่อง	เท่ากับ ๑ คะแนน
	มีการดำเนินการตามหลักกระบวนการวิจัย ๑-๗ ใน ๓ เรื่อง	เท่ากับ ๒ คะแนน
	งานวิจัย (R๒R) ในองค์กร จำนวน ๑ เรื่อง	เท่ากับ ๓ คะแนน
	งานวิจัย (R๒R) ในองค์กร จำนวน ๒ เรื่อง	เท่ากับ ๔ คะแนน
	งานวิจัย (R๒R) ในองค์กร จำนวน ๓ เรื่อง	เท่ากับ ๕ คะแนน

**หมายเหตุ** กำหนดให้ มีการดำเนินการงานวิจัย (R๒R) ในองค์กร อย่างน้อย คปสอ.ละ ๓ เรื่องโดยประกอบด้วย งานวิจัยในคลินิก ๑ เรื่อง งานวิจัยด้านพฤติกรรม ๑ เรื่อง และงานวิจัยใน รพ.สต.๑ เรื่อง

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

๑.	แหล่งข้อมูล : หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ/โรงพยาบาล (คปสอ.)
	วิธีการ : การรายงานผลการดำเนินการงานวิจัย (R๒R) ในองค์กรตามกระบวนการวิจัย การติดตามในพื้นที่ การเข้าร่วมมหกรรมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับจังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปวีณา เหมรา  
โทรศัพท์ ๐ ๗๔๗๑ ๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๕  
๐๘๖ - ๙๕๘๕๙๗๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล นายสุทธิชาติ เมืองปาน  
โทรศัพท์ ๐ ๗๔๗๑ ๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๕  
๐๘๑ - ๓๖๘๕๕๒๖

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๓ : เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะผอมลดลง ร้อยละ ๒

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๕

คำอธิบาย :

๑. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี หมายถึง เด็กไทยอายุ ๐ - ๕ ปี ทุกคนในเขตรับผิดชอบ (Type area ๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและตัวอยู่จริง, Type area ๓ : อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

๒. ภาวะผอม หมายถึง เด็กไทยอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการชั่ง มีน้ำหนัก และวัดส่วนสูง/ความยาว พบว่า อยู่ต่ำกว่าเกณฑ์เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดปรับเกณฑ์ใหม่ ปี ๒๕๖๓

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะผอมลดลง ร้อยละ ๒	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕	๓

#### เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ลดลง ร้อยละ ๑	ลดลง ร้อยละ ๑.๕	ลดลง ร้อยละ ๒

#### แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูล: โปรแกรม JHCIS HosXP

แหล่งข้อมูล: HDC

รายการข้อมูลที่ ๑	A = เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก และวัดความยาวหรือส่วนสูง พบว่ามีภาวะผอม
รายการข้อมูลที่ ๒	B = เด็กไทยอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B * 100$

#### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะผอม	ไม่เกินร้อยละ ๕	๘.๐๙	๘.๒๓	๖.๗๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุนีย์ เอื้อประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๔ : เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดี สมส่วน เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๕

คำอธิบาย :

๑. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี หมายถึง เด็กไทยอายุ ๐ - ๕ ปี ทุกคนในเขตรับผิดชอบ (Type area ๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและตัวอยู่จริง, Type area ๓: อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

๒. สูงดี หมายถึง เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดปรับเกณฑ์ใหม่ ปี ๒๕๖๓

๓. สมส่วน หมายถึง เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดปรับเกณฑ์ใหม่ ปี ๒๕๖๓

๔. สูงดี สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดี สมส่วนเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ ๒	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕	๓

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๑.๕	ร้อยละ ๒

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล: สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

วิธีการเก็บข้อมูล: จาก HDC

รายการข้อมูลที่ ๑	A = จำนวนเด็กไทย อายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูงทั้งหมด ณ ช่วงเวลานั้นๆ
รายการข้อมูลที่ ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูงทั้งหมด ณ ช่วงเวลานั้นๆ สูงดี สมส่วน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$B/A * 100$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดี สมส่วน	ร้อยละ ๖๔ (ปี ๒๕๖๔)	๔๗.๐๔	๕๒.๑๗	๕๕.๐๙

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุนีย์ เอื้อประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๕ : ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์  
 หน่วยวัด : ร้อยละ  
 น้ำหนัก : ๑.๐  
 คำอธิบาย :

หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์: มารดาหลังคลอดและลูกในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ((Type area ๑,๓ BTYPE ไม่เท่ากับ ๖) ได้รับการเยี่ยม/ ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน ๓ ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ ๑ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรก อายุบุตรไม่เกิน ๗ วัน นับถัดจากวันคลอด

ครั้งที่ ๒ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์ที่ ๒ ตั้งแต่อายุบุตร ๘ วัน แต่ไม่เกิน ๑๕ วัน นับถัดจากวันคลอด

ครั้งที่ ๓ เยี่ยมหลังคลอดตั้งแต่อายุบุตร ๑๖ วัน แต่ไม่เกิน ๔๒ วัน นับถัดจากวันคลอด

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์	๑.๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

#### เกณฑ์การประเมิน

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

#### แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูล: สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งบันทึกใน โปรแกรม JHCIS หรือ HosXP

แหล่งข้อมูล: จาก HDC

สูตรคำนวณ	ร้อยละของหญิงหลังคลอด ตามเกณฑ์ $= B/A * 100$
รายการข้อมูลที่ ๑	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดครบ ๔๒ วัน (Type area ๑,๓ BTYPE ไม่เท่ากับ ๖) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ ๒	B = จำนวน A ที่ได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$B/A * 100$

#### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์	๗๕	๗๑.๑๘	๘๕.๗๒	๘๙.๕๙

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๖ : ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๕

คำอธิบาย :

๑. ผู้สูงอายุ: ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มี ADL  $\geq$  ๑๒ คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง
๒. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์: การกระทำหรือพฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพ
๓. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย มี ๘ ข้อ ดังนี้
  - ๓.๑ มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ ทำนา/ออกกำลังกาย) สะสม ๑๕๐ นาที/สัปดาห์
  - ๓.๒ กินผักและผลไม้ได้วันละ ๕ กำมือ เป็นประจำ (๖ – ๗ วันต่อสัปดาห์)
  - ๓.๓ ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว
  - ๓.๔ ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่
  - ๓.๕ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า)
  - ๓.๖ มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัว มีการรับประทานยาต่อเนื่อง)
  - ๓.๗ มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ ๗ – ๘ ชั่วโมง
  - ๓.๘ ทันทดกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๐.๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐

#### เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ ๑๐	๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ ๑๐	๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ ๑๕	๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ ๑๕
๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๓๐	๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๔๐	๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐	๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐



**แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล**

วิธีการเก็บข้อมูล: ประเมินตามแบบประเมินผ่าน **Application Health For You (H&U)**

แหล่งข้อมูล: **ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H&U) สมุดสุขภาพประชาชน**

รายการข้อมูลที่ ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
รายการข้อมูลที่ ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ = $\frac{A \times 100}{B}$

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ ๕๐	-	-	๒๔.๘๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุขุม รักษ์ศรีทอง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัดที่ ๗ : อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๕

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	-	>ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๖๐	≥ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๖ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ ๕	≥ร้อยละ ๑๐	≥ร้อยละ ๒๐	≥ร้อยละ ๓๐	≥ร้อยละ ๔๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๙ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ ๒๐	≥ร้อยละ ๓๐	≥ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๕๐	≥ร้อยละ ๖๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๑๒ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๕๐	≥ร้อยละ ๖๐	≥ร้อยละ ๗๐	≥ร้อยละ ๘๐

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนีสรีน สาเระ

ตัวชี้วัดที่ ๘ : ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๕

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	-	>ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๖๐	≥ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๖ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	≥ร้อยละ ๕	≥ร้อยละ ๑๐	≥ร้อยละ ๒๐	≥ร้อยละ ๓๐	≥ร้อยละ ๔๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๙ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	≥ร้อยละ ๒๐	≥ร้อยละ ๓๐	≥ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๕๐	≥ร้อยละ ๖๐

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ ๑๒ เดือน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	≥ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๕๐	≥ร้อยละ ๖๐	≥ร้อยละ ๗๐	≥ร้อยละ ๘๐

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนีสรีน สาเร๊ะ

ข้อตัวชี้วัด ๙ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนและเศรษฐกิจฐานรากในภาวะวิกฤตโควิด-๑๙

หน่วยวัด : ระดับ

ประเภทตัวชี้วัด : เชิงคุณภาพ

เป้าหมาย : กำหนดเป็นระดับขั้น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	✓				
๒	✓	✓			
๓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓
ขั้นตอน	คำอธิบาย				
๑	จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนระดับอำเภอ				
๒	ดำเนินการตามแผนบูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนระดับอำเภอ				
๓	บรรลุตามค่าเป้าหมาย ๑ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้)				
๔	บรรลุตามค่าเป้าหมาย ๒ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้)				
๕	บรรลุตามค่าเป้าหมาย $\geq 3$ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้)				

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ประชุมจัดทำแผนบูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนระดับจังหวัด ประจำปี ๒๕๖๕	ดำเนินการตามแผนบูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนระดับจังหวัดและสามารถดำเนินการโดยบรรลุตามค่าเป้าหมาย ๑ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้)	สามารถดำเนินการโดยบรรลุตามค่าเป้าหมาย ๒ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้)	สามารถดำเนินการโดยบรรลุตามค่าเป้าหมาย $\geq 3$ ใน ๖ มิติ (มิติใดก็ได้) มีสรุปผลการดำเนินงาน

คำอธิบาย : เศรษฐกิจฐานราก หมายถึง ระบบเศรษฐกิจของชุมชนท้องถิ่น ที่สามารถพึ่งตนเองภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่มีการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน มีคุณธรรม และเป็นระบบเศรษฐกิจที่เอื้อให้เกิดการพัฒนาด้านอื่น ๆ ในพื้นที่ทั้งเศรษฐกิจ สังคม ผู้คน ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน องค์กรประกอบสำคัญจะต้องสร้างความร่วมมือในทุกระดับและทุกมิติ เพื่อให้เกิดความร่วมมือให้บรรลุเป้าหมายและสัมพันธภาพที่ดี ทั้งระดับกลุ่มต่อกลุ่ม กลุ่มกับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อให้การขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานราก เห็นผลรูปธรรมที่ชัดเจน จึงกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานราก โดยแบ่งออกเป็น ๖ มิติ เพื่อใช้เป็นแนวทางตั้งต้นสำหรับการดำเนินงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

มิติที่ ๑ ความร่วมมือหน่วยงานในพื้นที่	มิติที่ ๒ ฐานข้อมูลขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการ	มิติที่ ๓ มาตรฐานกระบวนการผลิตและประกันคุณภาพ
<p>จำนวนประชุมราชการ หรือ เข้าร่วมประชุมทางไกล (ออนไลน์) บูรณาการร่วมกับหน่วยงานภายในจังหวัด โดยมีภาคีเครือข่าย เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>๒.สาธารณสุขอำเภอ/รพ./รพสต.</li> <li>๓.สำนักงานพัฒนาชุมชน</li> <li>๔.สำนักงานเกษตร</li> <li>๕.สำนักงานอุตสาหกรรม</li> <li>๖.สำนักงานพาณิชย์</li> <li>๗.อบต./เทศบาล</li> <li>๘.สถาบันการเงินต่างๆ</li> <li>๙.หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>	<p>จัดทำ/ปรับปรุงฐานข้อมูลผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ที่ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย หรือได้ขึ้นบัญชีอยู่ในฐานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.ฐานข้อมูลผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนในแต่ละอำเภอ</li> <li>๒.ฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน OTOP การพัฒนาชุมชน</li> <li>๓.ระบบสารสนเทศวิสาหกิจชุมชน กรมส่งเสริมการเกษตร</li> <li>๔ ฐานข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>	<p>ค้นหา Best Practice ของผู้ประกอบการที่ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมายย่อย. ซึ่งสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ด้านการกระบวนการผลิตและการประกันคุณภาพสินค้า ให้แก่ผู้ประกอบการร้านอื่นได้ หรือเป็นต้นแบบในด้านต่างๆได้ โดยอาจพิจารณาจากข้อกำหนดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.ด้านกระบวนการผลิตได้มาตรฐาน</li> <li>๒.ด้านประกันคุณภาพผลิตภัณฑ์</li> <li>๓.ด้านการตรวจสอบย้อนกลับผลิตภัณฑ์และการจัดการรับเรื่องร้องเรียนและแก้ไขปัญหาลูกค้า</li> <li>๔.ด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>
<p>ค่าเป้าหมาย : เข้าร่วมประชุม/จัดประชุมบูรณาการอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : ฐานข้อมูลผู้ประกอบการในแต่ละอำเภอเพื่อรวบรวมเป็นชุดข้อมูลระดับจังหวัด</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : ค้นหาผู้ประกอบการซึ่งเป็น Best practice ระดับอำเภอๆ ละ ๑ แห่ง</p>

มิติที่ ๔ การเงินและแหล่ง ลงทุนผู้ประกอบการ	มิติที่ ๕ การตลาดและการ ขนส่งโลจิสติกส์	มิติที่ ๖ การสร้างมูลค่าเพิ่ม วิจัย ผลิตภัณฑ์และนวัตกรรม
<p>มีการแนะนำแหล่งข้อมูล/องค์ความรู้ หรือการประสานหน่วยงานด้านการเงินและแหล่งเงินทุน หรือจัดกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ประกอบการตัดสินใจ ให้เข้าถึงการสนับสนุนด้านการเงิน และแหล่งทุน วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ อาคารหรือสถานที่ จากหน่วยงานต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. กลุ่มสหกรณ์ หรือสหกรณ์ การเกษตร</li> <li>๒. ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.)</li> <li>๓. ธนาคารพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมแห่งประเทศไทย (SME Bank)</li> <li>๔. ธนาคารพาณิชย์/สถาบันการเงินต่างๆ</li> <li>๕. หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>	<p>ค้นหา Best Practice ของผู้ประกอบการที่ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย.ที่มีการตลาดและการขนส่งกระจายสินค้าในวงกว้าง ที่เป็นแบบอย่างที่ดี ยกตัวอย่างเช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เป็นผู้ประกอบการ มีช่องทางการจำหน่ายหลากหลายรูปแบบ กระตุ้นยอดขายได้ ไปยัง modern trade และห้างสรรพสินค้า เป็นต้น</li> <li>๒. เป็นผู้ประกอบการ online หรือ digital marketing</li> <li>๓. เป็นผู้ประกอบการ ที่ได้รับการสนับสนุนด้านการตลาด การขนส่ง และกระจายสินค้า จุดรับซื้อหรือจุดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ โดยหน่วยงานต่างๆ</li> </ol>	<p>มีการบริหารจัดการความรู้ วัตถุดิบ ท้องถิ่น พืชพรรณไม้ สมุนไพร แมลง หรือสัตว์ ที่ใช้เป็นอาหารท้องถิ่น หรือสมุนไพรท้องถิ่น เพื่อบ่งชี้รายการ ส่วนประกอบที่น่าสนใจหรือสามารถสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจได้ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้สถาบันการศึกษา หน่วยงานรัฐ นักวิจัยอิสระ นำไปพัฒนาต่อยอดเชิงวิชาการและพัฒนางานวิจัยในอนาคตได้</p> <p>โดยแต่ละรายการควรมีอย่างน้อย ๔ หัวข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ชื่อวัตถุดิบ (ชื่อวิทยาศาสตร์และชื่อท้องถิ่น ถ้ามี)</li> <li>๒. แหล่งที่พบและลักษณะทางกายภาพ (ลักษณะทางเคมี กลุ่มสารเคมีหรือชีวเคมีที่พบ ถ้ามี)</li> <li>๓. ข้อบ่งใช้และส่วนที่ใช้ประโยชน์ ปริมาณและกรรมวิธีที่นำมาใช้</li> <li>๔. ประวัติศาสตร์และความเป็นมาโดยย่อ</li> </ol>
<p>ค่าเป้าหมาย : มีการแนะนำแหล่งข้อมูล/บูรณาการหน่วยงานด้านการเงินและแหล่งทุน อย่างน้อย ๑ กิจกรรม/อำเภอ</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : ค้นหาผู้ประกอบการ ซึ่งเป็น Best practice ระดับอำเภอๆ ละ ๑ แห่ง</p>	<p>ค่าเป้าหมาย : การบริหารจัดการความรู้วัตถุดิบท้องถิ่น พืชพรรณไม้ สมุนไพร แมลงหรือสัตว์ที่ใช้เป็นอาหารท้องถิ่น หรือสมุนไพรท้องถิ่น อย่างน้อยอำเภอละ ๑ รายการ</p>

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แบบฟอร์มรายงาน/นิเทศติดตาม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายภาษิต พิศาลสุทธิกุล เบอร์ติดต่อ : ๐-๗๔๗๒-๓๕๖๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสดาญ จารุสิริรังษี และ นางสุภาภรณ์ รักษ์ศรีทอง เบอร์ติดต่อ : ๐-๗๔๗๒-๓๕๖๖

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๐ : ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

หน่วยวัด : ระดับขั้นความสำเร็จ

คำอธิบาย : คปสอ. ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ( รพท., รพช. และ รพ.สต.) ในแต่ละอำเภอ มีการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ ผ่านกลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

: รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ ๗๐

: รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากอย่างน้อยร้อยละ ๑๐

### วิธีการคำนวณ

๑. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๗๐

A คือ จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป

B คือ จำนวน รพ.สต. ทั้งหมดในแต่ละอำเภอ

$$\text{ร้อยละของ รพ. สต. ที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป} = \frac{A \times 100}{B}$$

๒. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก อย่างน้อยร้อยละ ๑๐

C คือ จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

B คือ จำนวน รพ.สต. ทั้งหมดในแต่ละอำเภอ

$$\text{ร้อยละของ รพ. สต. ที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก} = \frac{C \times 100}{B}$$

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ(Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	✓				
๒	✓	✓			
๓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓

## เกณฑ์คะแนน

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
๑	มีการกำหนดนโยบาย แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ในระดับอำเภอและระดับโรงพยาบาล
๒	คปสอ. มีการพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วม เช่น การประชุมชี้แจง,การจัดอบรม เป็นต้น
๓	โรงพยาบาลมีการดำเนินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ให้ครบถ้วน ทุกเดือน และ คปสอ. รวบรวมผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ส่งไปยัง สสจ.
๔	โรงพยาบาลในแต่ละ คปสอ. ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital โดยคณะกรรมการประเมิน สสจ.สตูล และรพ.สต. ผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๖๐
๕	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ยกระดับ ๑ ขึ้นจากเดิม และรพ.สต. ผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๗๐ และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ดีมาก อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ขึ้นไป

## เกณฑ์เป้าหมาย (Small Success)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. มีการกำหนดนโยบาย แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ในระดับอำเภอ โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง ๒.โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีมคณะทำงานเพื่อดำเนินการตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๓.โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์	๑.โรงพยาบาล และรพ.สต. ทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์GREEN & CLEAN Hospital ๒. โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ อย่างน้อย ร้อยละ ๗๐ <b>มีผลการประเมินตนเองผ่านตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital</b> ๓. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์	๑. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ยกระดับ ๑ ขึ้นจากเดิม โดยทีม สสจ.สตูล ๒. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital โดยทีมสสจ.สตูล และผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ ๓. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์	๑. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ยกระดับ ๑ ขึ้นจากเดิม โดย ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา ๒. อย่างน้อย ร้อยละ ๗๐ ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป โดยทีม สสจ.สตูล ๓. อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก โดยทีม สสจ.สตูล ๓. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์

หมายเหตุ :



๑. โรงพยาบาลที่ประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก PLUS แล้ว จะต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาระดับตามเกณฑ์มาตรฐาน และให้ถือว่ามีภาระระดับโดยอนุโลม
๒. อย่างน้อยร้อยละ ๗๐ ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป คิดจากจำนวน รพ.สต. ที่ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไปแล้ว ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ และ รพ.สต. ที่ดำเนินการเพิ่มเติมในปี ๒๕๖๕ โดย รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จะมีอายุการรับรอง ๒ ปี จึงจะมีการประเมินซ้ำ เว้นแต่ รพ.สต. นั้นๆ ประสงค์ขอรับการประเมินเพื่อยกระดับที่สูงขึ้น
๓. อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก คิดจากจำนวน รพ.สต. ที่ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดีมากไปแล้ว ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ และ รพ.สต. ที่ดำเนินการพัฒนากระดับเพิ่มเติมในปี ๒๕๖๕
๔. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :
  - ๔.๑ ฐานข้อมูลจากโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ที่ website <http://envmanifest.anamai.moph.go.th> และแบบรายงานข้อมูลการตรวจประเมิน GREEN & CLEAN Hospital
  - ๔.๒ การสืบค้นที่กข้อมูล ในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลและต้องเป็นผู้บันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ รพ.สต. นำฝากเพื่อส่งกำจัดให้ครบถ้วนด้วย
  - ๔.๓ โรงพยาบาล/สสอ.บันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
  - ๔.๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้ศูนย์อนามัยเพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของเขต

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวราวุธ วรณวิไล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

เบอร์ติดต่อ ๐๘๖-๙๖๐๕๘๗๘

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวราภรณ์ เส้นสมมาตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์ติดต่อ ๐๘๙-๗๓๙๐๗๒๖

**ตัวชี้วัดที่ ๑๑ :** ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

**หน่วยวัด :** ร้อยละ

**น้ำหนัก :** ๐.๕

**เป้าหมาย :** ๒๐.๕

**คำอธิบาย :**

**๑. ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ แบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น

**๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย** หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

-การรักษาด้วยยาสมุนไพร

-การประคบยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย(ประเภทเวชกรรม) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

-ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวินิจฉัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

-การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ

-การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ

-การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ

-การทาบหม้อเกลือ

-การพอกยาสมุนไพร

-การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

-การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

-การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

-การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย

-การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก

-การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

-การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัส

ภายหลัง

**๓. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก** หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่

- การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว /ครอบกระดูก

- การแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรบำบัด หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

**๔. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

สูตรการคำนวณ :  $A / B * 100$

A = จำนวน(ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

B = จำนวน(ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวง  
สาธารณสุข

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๐.๕	ร้อยละ ๑๖.๕	ร้อยละ ๑๗.๕	ร้อยละ ๑๘.๕	ร้อยละ ๑๙.๕	ร้อยละ ๒๐.๕

#### เกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพ (Small Success)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑.คปสอ.มีแผนงาน/โครงการระดับอำเภอ ขับเคลื่อนการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้สอดคล้องกับสถานการณ์</p> <p>๒.โรงพยาบาลมีแผนการบริหารจัดการยาสมุนไพรและฟ้าทะลายโจรเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลผลิตยาสมุนไพรในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ</p> <p>๓.โรงพยาบาล/รพ.สต.มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานให้บริการแบบ on-site / online</p>	<p>๑.มีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อยจำนวน ๒ รายการ (โดยมียาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร ๑ รายการ)</p>	<p>๑.รพ.มีบริการด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสาน ใน</p> <p>-Intermediate care</p> <p>-Palliative care</p>	<p>๑.ให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐.๕</p> <p>๒.ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว(จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด)</p>

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ แพ้ม/จังหวัดรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน ๔๓ แพ้ม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุขมาลย์ พัฒนศิริ เภสัชกรชำนาญการ เบอร์ติดต่อ ๐๗๔ ๗๑๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๔ / ๐๙ ๓๗๘๐ ๔๑๔๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายวิชัย วนิชสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ : ๐๗๔ ๗๑๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๔ / ๐๙ ๑๔๕๙ ๒๖๑๔

**ตัวชี้วัดที่ ๑๒ :** ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

**หน่วยวัด :** ร้อยละ

**น้ำหนัก :** ๐.๕

**คำอธิบาย :**

ระดับอำเภอ จำนวนหน่วยงาน (รพ.สต.,ศูนย์สุขภาพชุมชน,รพ.) ในอำเภอที่ส่งบัตรรายงานหรือ electronic fileโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในช่วงเวลาที่กำหนดต่อจำนวนหน่วยงานทั้งหมดในอำเภอ (โดยมีการประเมินเป็นรายเดือน)

เกณฑ์การรายงาน

๑.ระดับ รพ.สต.,ศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

๒.ระดับอำเภอ (ศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอ) ต้องรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง คือ วันจันทร์ พุธ ศุกร์

สูตรการคำนวณ : 
$$\frac{\text{จำนวนหน่วยงานที่รายงานโรค ในเวลาที่กำหนด} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยงานทั้งหมด}}$$

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

ตัวชี้วัด	เกณฑ์คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ความครอบคลุมของหน่วยงานที่รายงานโรค (ร้อยละ)	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

**แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

๑. ทะเบียนการส่งรายงาน ๕๐๖ ของอำเภอ/โรงพยาบาล

๒. โปรแกรม ๕๐๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นายมะรอฟี เจ๊ะสื่อแม เบอร์โทรติดต่อ : ๐-๘๙๖๕-๕๔๓๖๓

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางศิริเพ็ญ เจ๊ะสื่อแม เบอร์โทรติดต่อ : ๐-๘๕๕๓-๔๓๘๖๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ : Treatment coverage อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ(ทุกชนิด : All Form) ในปี ๒๕๖๕

น้ำหนัก : ๐.๕

หน่วยวัด : ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยวัณโรคที่คาดว่าจะมี ในปี ๒๕๖๕

วิธีคิด :  $A \times 100$

B

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปี ๒๕๖๔ ที่คิดจากอุบัติการณ์ ๑๕๐/แสน ประชากร (กองวัณโรคกำหนดขึ้นทุกปีจาก Galbal report ของ WHO ที่คำนวณรายพื้นที่)

ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมี ( Estimate case )

วิธีคิด :  $\frac{\text{ประชากร type ๑ + ๓ (๑ มกราคม ๒๕๖๔)} \times 150}{100,000}$

๑๐๐,๐๐๐

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อนหรือผู้ป่วยที่เคยได้รับยารักษาวัณโรค ไม่เกิน ๑ เดือน โดยไม่เคยขึ้นทะเบียนในระบบวัณโรคแห่งชาติ (NTIP)

ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษาโดยสูตรใดๆก็ตามและผ่านการขึ้นทะเบียน โดยได้รับการประเมินว่ารักษาหายหรือรักษาครบแล้วและกลับมาป่วย

ผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด All Form หมายถึง วัณโรคทุกชนิด คือ

วัณโรคปอด - ชนิดที่พบเชื้อ ( B+ )

- ชนิดที่ไม่พบเชื้อ ( B- )

วัณโรคนอกปอด คือ วัณโรคชนิดที่พบในทุกอวัยวะที่ไม่ใช่ปอด

วัตถุประสงค์ เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทให้พบมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยที่คาดว่าจะมี (๑๕๐/๑๐๐,๐๐๐ ปชก.)

เกณฑ์การประเมิน คือ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล ร้อยละ ๖๐

โดยเกณฑ์ประเมินรอบ ๖ เดือน คือ

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
≥ร้อยละ ๒๐	≥ร้อยละ ๒๕	≥ร้อยละ ๓๐	≥ร้อยละ ๓๕	≥ร้อยละ ๔๐

เกณฑ์ประเมินรอบ ๑๒ เดือน คือ

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
≥ร้อยละ ๒๐	≥ร้อยละ ๓๐	≥ร้อยละ ๔๐	≥ร้อยละ ๕๐	≥ร้อยละ ๖๐

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล ทะเบียนรายงาน TB ๐๗ จาก DATA Center โปรแกรม NTIP

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :คุณอรนุช นรารักษ์ ตำแหน่ง นวก.สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ๐๘๑-๕๔๓๗๖๓๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล คุณรุ่งรัตน์ ดุลยาภรณ์ ตำแหน่ง นวก.สาธารณสุขชำนาญการ ๐๘๘-๗๘๒๘๒๖

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ : ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข  
อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๐.๐๕

เป้าหมาย : สถานบริการทุกแห่ง

คำอธิบาย : การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข หมายถึง การผลิตสื่อเพื่อสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการสื่อสารเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เรื่อง การป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และสนับสนุนสื่อให้กับหน่วยงานทั้งภายนอกและภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด) อุบัติเหตุ ป้องกันเด็กจมน้ำ การควบคุมการบริโภคยาสูบ ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โรคติดต่อทั่วไป โรคติดต่อนำโดยแมลง วัณโรค โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลิตโปสเตอร์คำแนะนำการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน เช่น โรคโควิด – ๑๙ ภาวะภัยพิบัติ หมอกควัน วาตภัย น้ำท่วม

สูตรคำนวณ :

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี = $(A / B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

เป้าหมาย ปี ๒๕๖๕	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			เกณฑ์การให้คะแนน (รอบ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน)					หมายเหตุ
	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๑	๒	๓	๔	๕	
๗๐	-	๘๕.๗๑	๙๖.๔๒	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	

เกณฑ์การให้คะแนน : ปี ๒๕๖๕ : โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

รอบ ๓ เดือน และ ๖ เดือน

ระดับคะแนน	สถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี				
	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐
๑	/				
๒	/	/			
๓	/	/	/		
๔	/	/	/	/	
๕	/	/	/	/	/

รอบ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน

ระดับคะแนน	สถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี				
	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐
๑	/				
๒	/	/			
๓	/	/	/		
๔	/	/	/	/	
๕	/	/	/	/	/

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

แหล่งข้อมูล	: หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	: การนำเสนอ การรายงานผล การติดตามในพื้นที่
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ ๒ ครั้ง
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ทุกสถานบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	: ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้าน สาธารณสุข อย่างน้อย ๑๒ ครั้งต่อปี  = (A / B ) X ๑๐๐
วิธีการประเมินผล	: ตามแบบฟอร์มรายงานผลการประเมินสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุขสันต์ มรรคาเขต

โทรศัพท์ ๐ ๗๔๗๑ ๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล นายสุขสันต์ มรรคาเขต

โทรศัพท์ ๐ ๗๔๗๑ ๑๐๗๑ ต่อ ๑๐๑

.....

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบงานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ (ตัวชี้วัดระดับอำเภอ)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ๑.๐

คำอธิบาย :

เป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอคณะทำงานพัฒนาข้อมูล ๔๓ แห่ง ระดับอำเภอและหน่วยบริการทุกแห่งในแต่ละ คปสอ. จะต้องรับผิดชอบร่วมกัน มุ่งเน้นเรื่องการจัดการสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ ประโยชน์ ของการใช้งานสารสนเทศ ทั้งระบบเครือข่าย ของหน่วยงาน

การประเมินจะใช้รายละเอียดประเด็นการประเมินตามข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพ ของระบบ สารสนเทศ ตามที่กำหนดทั้ง ๕ ประเด็น ดังนี้

ประเด็น	แนวทางประเมิน	
	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑.มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพ ข้อมูลระดับอำเภอ	- หน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งทีมเป็นปัจจุบัน - หน่วยงานมีการมอบหมายหรือแต่งตั้งเจ้าหน้าที่/คณะทำงาน รับผิดชอบดูแลฐานข้อมูล อย่างเป็นทางการ โดยให้มีหน้าที่มีแผนปฏิบัติงาน มีการประชุมคณะทำงานอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง มีการมอบหมายการดำเนินงาน	- หน่วยงานมีการดำเนินงานตามแผน มีการประชุมคณะทำงานอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง มีการมอบหมายการดำเนินงาน มีการประชุมคณะทำงานอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง
๒.มีการติดตามการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญ ของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ	เจ้าหน้าที่/คณะทำงาน รับผิดชอบดูแลฐานข้อมูลของหน่วยงาน ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้ - ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล - ติดตามความทันเวลาของการจัดส่งข้อมูล ๔๓ แห่ง ของหน่วยบริการ - ตรวจสอบข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น ประเด็นปัญหาของพื้นที่ - จัดทำสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร ภายใน ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔	เจ้าหน้าที่/คณะทำงาน รับผิดชอบดูแลฐานข้อมูลของหน่วยงาน ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้ - ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล - ติดตามความทันเวลาของการจัดส่งข้อมูล ๔๓ แห่ง ของหน่วยบริการ - ตรวจสอบข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และสถิติการใช้ข้อมูล - จัดทำสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร ภายใน ๑ กันยายน ๒๕๖๔
๓. มีระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบ ฐานข้อมูลและ สารสนเทศ	- หน่วยงานมีแผนผังระบบรักษาความมั่นคง และปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและ สารสนเทศ และดำเนินการตามแผน	-หน่วยงานส่งรายงานการตรวจสอบและดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ ปี ละ ๑ ครั้ง - มีการติดตามการใช้งานระบบสารสนเทศของหน่วยงาน และตรวจตราการละเมิดความปลอดภัยที่มีต่อระบบข้อมูล ที่เป็นไปตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับ คอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐



ประเด็น	แนวทางประเมิน	
	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๔. ผลการดำเนินงาน คุณภาพข้อมูลภาพ รวมระดับอำเภอผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐</p>	<p>-หน่วยงานมีการติดตามการดำเนินงานของ หน่วยบริการในเขตรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ และผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย ๕๐% (ผ่าน อย่าง น้อย ๓ ข้อจาก ๖ ข้อ)</p> <p>- การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบ จาก ข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวง สาธารณสุข ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) และ ภาพรวม ๔๓ แฟ้ม ซึ่งเป็น ข้อมูล ประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการ นั้นๆ โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <p>๑. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) ไม่เป็นค่าว่างหรือตรงตามหลัก mod๑๑ กรณีสัญชาติไทย</p> <p>๒. ข้อมูลเพศ (sex)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>๓. ข้อมูลสัญชาติ (nation)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างด้าว ต้อง มีข้อมูลใน labor ด้วย</p> <p>๔. ข้อมูลวันเกิด (birth)</p> <p>-เมื่อคำนวณ อายุของผู้มารับบริการเทียบจาก วันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และ ไม่เกิน ๑๒๐ ปี</p> <p>๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p>	<p>- มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยธรรมชาติ รวมถึงการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>-หน่วยงานมีการติดตามการดำเนินงานของ หน่วยบริการในเขตรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ และผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย ๕๐% (ผ่านอย่าง น้อย ๓ ข้อจาก ๖ ข้อ)</p> <p>- การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบ จาก ข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ประเมินจากข้อมูล บุคคล (Person) และภาพรวม ๔๓ แฟ้ม ซึ่ง เป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วย บริการนั้นๆ โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <p>๑. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) -ไม่เป็นค่าว่างหรือตรงตามหลัก mod๑๑ กรณีสัญชาติไทย</p> <p>๒. ข้อมูลเพศ (sex)</p> <p>-ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>๓. ข้อมูลสัญชาติ (nation)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างด้าว ต้องมี ข้อมูลใน labor ด้วย</p> <p>๔. ข้อมูลวันเกิด (birth)</p> <p>- เมื่อค ำนวนอายุของผู้มารับบริการเทียบจาก วันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่ เกิน ๑๒๐ ปี</p> <p>๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน กรณีเป็นสถานะ ยัง ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p>

ประเด็น	แนวทางประเมิน	
	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๕. ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากรเข้าซ้อนภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าซ้อนไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐	๖. ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูลจากเว็บไซต์ http://hdcl๒.stno.moph.go.th/sis/ ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๓ และ ๓๑ มี.ค.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐ ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากรเข้าซ้อนจากเว็บไซต์ http://hdcl๒.stno.moph.go.th/recheck/ ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๓ และ ๓๑ มี.ค.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าซ้อนไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐	๖. ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูลจากเว็บไซต์ http://hdcl๒.stno.moph.go.th/sis/ ณ วันที่ ๓๐ มิ.ย.๖๔ และ ๓๐ ก.ย.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐ ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากรเข้าซ้อนจากเว็บไซต์ http://hdcl๒.stno.moph.go.th/recheck/ ณ วันที่ ๓๐ มิ.ย.๖๔ และ ๓๐ ก.ย.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าซ้อนไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐

หมายเหตุ : ๑. หลักฐานการดำเนินการต่างๆ ขอให้จัดเก็บในรูปแบบ Digital File (Scan เป็นรูปภาพหรือ PDF) และสามารถส่งหลักฐานได้ทาง e-mail : [mrhero๙@hotmail.com](mailto:mrhero๙@hotmail.com)

๒. ข้อมูลผลงานคุณภาพข้อมูล และผลงานการแก้ไขประชากรเข้าซ้อน จากเว็บไซต์ สสจ.สตูล

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นจำนวนข้อ(ประเด็น)ของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ ซึ่งพิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามประเด็นของแต่ละระดับคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน	จำนวนข้อ(ประเด็น)ของความสำเร็จ (Milestone)				
	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐
๑	/				
๒	/	/			
๓	/	/	/		
๔	/	/	/	/	
๕	/	/	/	/	/

หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

คำอธิบาย : เป็นตัวชี้วัด ระดับ รพ.สต.,PCU, รพช. และรพท. สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล	คำอธิบาย/สูตรคำนวณ
๑. หน่วยบริการที่ ผ่านเกณฑ์ คุณภาพข้อมูล (รพ.สต.,PCU,รพช.,รพท.) -หน่วยบริการผ่าน	ร้อยละ ๙๙.๙๐	จากระบบตรวจสอบ คุณภาพข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สสจ. สตูล	คำนิยาม สถานบริการ หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คุณภาพ หมายถึง ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านเกณฑ์ ตรวจสอบทุกด้าน ทั้งด้านความถูกต้อง ความ ครบถ้วน และ ความทันเวลา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล	คำอธิบาย/สูตรคำนวณ
<p>เกณฑ์ความครบถ้วน (ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p>-หน่วยบริการผ่าน</p> <p>เกณฑ์ความถูกต้อง ร้อยละ ๙๙</p>			<p><u>ความครบถ้วน</u> หมายถึง การบันทึกข้อมูลในระบบ his ของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านระบบ hdc มีความครบถ้วนของข้อมูลแต่ละแฟ้มตามโครงสร้างมาตรฐาน ในแฟ้มดังนี้ service diagnosis_opd procedure_opd drug_opd anc epi nutrition specialpp</p> <p><u>ความถูกต้อง</u> หมายถึง การบันทึกข้อมูลในระบบ his ของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านระบบ hdc มีความครบถ้วนของข้อมูลแต่ละแฟ้มตามโครงสร้างมาตรฐานมีครบถูกต้องตามมาตรฐานและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ถูกต้อง</p> <p><u>ความทันเวลา</u> หมายถึง การส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผ่านระบบ hdc มีความทันเวลาตามเกณฑ์ (ข้อมูลเดือนที่แล้วส่งภายใน ๓๐ วันของเดือนถัดไป)</p> <p><u>การรวบรวมข้อมูล</u> - ตรวจสอบผ่านโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพ สสจ.สตูล แต่ละหน่วยบริการนำคะแนนที่ได้ จากผลงาน ๓ ด้าน ได้แก่ ความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันเวลา แล้วนำผลคะแนนรวมที่ได้มาเฉลี่ย สูตรคำนวณ = (A+B+C)/๓</p> <p>A = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความครบถ้วน(ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p>B = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความถูกต้อง(ร้อยละ ๙๙)</p> <p>C = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความทันเวลา(ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน</u> มี ๕ ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ ๑ ผ่านเกณฑ์คุณภาพต่ำกว่าร้อยละ ๙๙.๑๐</p> <p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ ๙๙.๓๐</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ ๙๙.๕๐</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ ๙๙.๗๐</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ ๙๙.๙๐</p>

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สสจ.สตูล

ผู้ประสานงาน : ๑. นายเกษม ไพรสุยัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ๐๘-๖๙๖๕-๖๙๖๕

๒. นายประณต มหาวิจิตร นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ๐๘-๕๘๙๓-๔๗๑๓

ภาคผนวก

คำอธิบายเพิ่มเติมในการพัฒนาปรับปรุงสารสนเทศ

เกณฑ์การตรวจประเมินการเชื่อมโยงเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ มีดังนี้

ข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้านประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ	เกณฑ์การตรวจประเมิน
๑. การจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพข้อมูล ระดับอำเภอ	<input type="checkbox"/> มีคำสั่งแต่งตั้งทีมเป็นปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีแผนปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูลรวมถึงการดำเนินการตามแผน และตรวจสอบข้อมูล
๒. มีการติดตามการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ	<input type="checkbox"/> มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูล รวมถึงการดำเนินการตามแผนการจัดเก็บและตรวจสอบข้อมูลแต่ ประเภทในระบบฐานข้อมูล ในระยะเวลาที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานในพื้นที่ และมีการใช้งาน Data Exchange ของหน่วยบริการอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง/แห่ง <input type="checkbox"/> มีการจัดทำเอกสาร สรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญ
๓. มีระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและ สารสนเทศ	<input type="checkbox"/> มีระบบการการเข้าถึง (Login) ในสารสนเทศของหน่วยงาน <input type="checkbox"/> หน่วยงานมีแผนผังระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบ ฐานข้อมูลและสารสนเทศ และดำเนินการตามแผน <input type="checkbox"/> หน่วยงานมีรายงานการตรวจสอบและดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ ปีละ ๑ ครั้ง <input type="checkbox"/> มีการติดตามการใช้งานระบบสารสนเทศของหน่วยงานและตรวจตราการละเมิดความปลอดภัยที่มีต่อระบบข้อมูลที่ เป็นไปตาม พ.ร.บ. ว่า ด้วยการรักษาความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ <input type="checkbox"/> มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยธรรมชาติ รวมถึงการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๔. ผลการดำเนินงานคุณภาพข้อมูลภาพ ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐	<input type="checkbox"/> ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูล จากเว็บไซต์ <a href="http://hdcb.stno.moph.go.th/sis/">http://hdcb.stno.moph.go.th/sis/</a> ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๓ และ ๓๑ มี.ค.๖๔ วันที่ ๓๐ มิ.ย.๖๔ และ ๓๑ ส.ค.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐ <input type="checkbox"/> การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการ ส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูล ประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ประกอบด้วย

ข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้านประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ	เกณฑ์การตรวจประเมิน
	<p>๑. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid)</p> <p>๒. ข้อมูลเพศ (sex)</p> <p>๓. ข้อมูลสัญชาติ (nation)</p> <p>๔. ข้อมูลวันเกิด (birth)</p> <p>๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <p>๑. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) -ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod๑๑ กรณีสัญชาติไทย</p> <p>๒. ข้อมูลเพศ (sex) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>๓. ข้อมูลสัญชาติ(nation) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และ หากเป็นต่างด้าว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย</p> <p>๔. ข้อมูลวันเกิด (birth) -เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน ๑๒๐ ปี</p> <p>๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน -กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น (ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย ๓ ใน ๕ ข้อ)</p>
<p>๕. ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากร ซ้ำซ้อนภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรซ้ำซ้อนไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐)</p>	<p>มีผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูล จากเว็บไซต์ <a href="http://hdcl๒.stno.moph.go.th/sis/">http://hdcl๒.stno.moph.go.th/sis/</a> ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๓ และ ๓๑ มี.ค.๖๔ , วันที่ ๓๐ มิ.ย.๖๔ และ ๓๐ ส.ค.๖๔ ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรซ้ำซ้อนไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐)</p>

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คปสอ.

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ๑.๐

เป้าหมาย : ระดับ ๕

คำอธิบาย : เป็นการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงาน คปสอ. โดยประเมินจากผลคะแนนของ  
การ ดำเนินกิจกรรมรวมทั้งหมด ๕ กิจกรรมที่สำคัญ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อ	กิจกรรม	คะแนน
๑	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ.	๐.๕
๒	มีแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพระดับอำเภอ	๐.๕
๓	มีการประชุม คปสอ. อย่างน้อยปีละ ๖ ครั้ง	๑.๕
๔	มีการนิเทศผสมผสาน ๒ ครั้ง/ปี/สถานบริการ	๑.๕
๕	มีสรุปผลการนิเทศผสมผสานและสรุปผลปฏิบัติงานประจำปี	๑.๐

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	ระดับคะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ระดับความสำเร็จของ การดำเนินงาน คปสอ.	๑	๐.๕	๑.๐	๒.๕	๔	๕

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑.มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ คปสอ. ๒. มีแผนปฏิบัติการด้าน สุขภาพระดับอำเภอ ๓. การประชุม คปสอ.	๑. มีการประชุม คปสอ. ๒. มีการนิเทศผสมผสาน ๓. สรุปรายงานการ ประชุม และการนิเทศ ผสมผสาน ส่ง สสจ.	๑. มีการประชุม คปสอ. ๒. มีการนิเทศผสมผสาน ๓. สรุปรายงานการ ประชุม และการนิเทศ ผสมผสาน ส่ง สสจ.	๑. สรุปผลการนิเทศ ผสมผสานและสรุปผล ปฏิบัติงานประจำปี

แหล่งข้อมูล /วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รายงานการประชุม คปสอ.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายธีระยุทธ เกียรติธนภูษิต

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกัญยารัตน์ ศิริชา

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๗ : ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

หน่วยวัด : ร้อยละการเบิกจ่าย

น้ำหนัก : ๑

เป้าหมาย : เพื่อเร่งรัดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ งบดำเนินงานให้เป็นไปตามมติกรม.

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ร้อยละ ๑๐๐

คำอธิบาย :

สูตรการคำนวณ :

ไตรมาส ๑ - ๒	=	$\frac{\text{จำนวนเงินเบิกจ่าย}}{\text{ยอดรับจัดสรรครั้งที่ ๑}}$
ไตรมาส ๓ - ๔	=	$\frac{\text{จำนวนเงินเบิกจ่าย}}{\text{ยอดรับจัดสรรทั้งหมด}}$

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ						
ไตรมาส ๑		๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕
ไตรมาส ๒		๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
ไตรมาส ๓		๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕
ไตรมาส ๔		๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลเบิกจ่ายและจัดสรรจากงานการเงิน สสจ.สตูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาว วันทิพย์ อุทยานกุล

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอัณณยาน์ พูลสวัสดิ์

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ : ร้อยละ ๑๐๐ ของ (รพ.สต.) ที่ คกก.ตรวจสอบภายในระดับอำเภอได้ทำการตรวจสอบภายใน

หน่วยวัด : รพ.สต (แห่ง)

น้ำหนัก : ๑.๐๐

เป้าหมาย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ๕๔ แห่ง ได้รับการตรวจสอบภายในครบร้อยละ ๑๐๐

คำอธิบาย : รพ.สต. ได้รับการตรวจสอบภายในหมายถึง รพ.สต. ได้รับการตรวจสอบภายใน ตามแผนการตรวจสอบภายในที่อำเภอแต่ละแห่งดำเนินการโดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในของระดับอำเภอตาม รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม และได้มีการรายงานผลให้ สสจ.สตูล ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

สูตรการคำนวณ :

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ.สต. ที่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในระดับอำเภอได้ดำเนินการตรวจสอบภายใน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ ๑๐๐ ของ (รพ.สต.) ที่ คกก.ตรวจสอบภายในระดับอำเภอได้ทำการตรวจสอบภายใน	๑	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มีการกำหนดแผนฯ	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล	รายงานการตรวจสอบภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ๕๔ แห่งจากระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากรายงานการตรวจสอบภายในที่ส่งให้จังหวัดทราบเป็นรายไตรมาส

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางซาริยา มาราสา

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางซาริยา มาราสา