

ตัวชี้วัดการประเมินผลงาน

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คป.สอ.

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คป.สอ.
ปีงบประมาณ พ.ศ.2566



กรอบการดำเนินงานจัดทำ ตชว. MOU

■ MOU ถ่ายทอดระดับลงสู่ คปสอ.

รอบที่ 1 ภายใต้การดำเนินงาน ~ 6 เดือน (ต.ค.65 – มี.ค. 66) ประเมินผล เม.ย. 66

รอบที่ 2 ภายใต้การดำเนินงาน ~10 เดือน (ต.ค.65 – ก.ค. 66) ประเมินผล ส.ค. 66

■ ตัวชี้วัด เน้นประเด็นสำคัญที่ถ่ายทอดแต่ละระดับ

(**น้ำหนักตัวชี้วัด** : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขดำเนินการ)

■ ที่มาของตัวชี้วัด

นโยบายกระทรวง รมต./ สธ. => Performance Agreement

นโยบายผู้ตรวจราชการ => ประเด็นตรวจราชการ

นโยบายนพ.สสจ. => ประเด็น จุดเน้น

และประเด็นปัญหาของจังหวัดสตูล

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดระดับ คปสอ. จังหวัดสตูลปี 2566

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาประเมิน	น้ำหนักตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับผิดชอบ
				1	2	3	4	5	
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 67)	รอบ 12 เดือน	0.5	1	2	3	4	5	ส่งเสริมสุขภาพ
2	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์(ร้อยละ 90)	รอบ 12 เดือน	0.5	70	75	80	85	90	ส่งเสริมสุขภาพ
3	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (ร้อยละ 30)	รอบ 6 เดือน	1	10	15	20	25	30	ส่งเสริมสุขภาพ
		รอบ 9 เดือน		20	25	30	35	40	
		รอบ12 เดือน		30	35	40	45	50	
4	ร้อยละของนักเรียนอายุ 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(ร้อยละ 80)	รอบ 6 เดือน	0.5	28	31	34	37	40	ทันตสาธารณสุข
		9-12 เดือน		68	71	74	77	80	
5	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง(ร้อยละ 93)	รอบ 6 เดือน	1	≥ 5	≥ 10	≥ 20	≥ 30	≥ 40	โรคไม่ติดต่อฯ
		รอบ 9 เดือน		≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60	
		รอบ12 เดือน		≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 93	
6	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน(ร้อยละ 70)	รอบ 6 เดือน	1	≥ 1	≥ 5	≥ 10	≥ 20	≥ 30	โรคไม่ติดต่อฯ
		รอบ 9 เดือน		≥ 10	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50	
		รอบ12 เดือน		≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 70	
7	อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี (ร้อยละ 60)	รอบ 6 เดือน	0.5	≥2.5	≥5	≥10	≥15	≥20	โรคไม่ติดต่อฯ
		รอบ 9 เดือน		≥5	≥10	≥20	≥30	≥40	
		รอบ 12 เดือน		≥20	≥30	≥40	≥50	≥60	
8	ร้อยละประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองพฤติกรรมมารสูบบุหรี่(ร้อยละ 50)	รอบ 6 เดือน	0.5	≥1	≥5	≥10	≥15	≥20	โรคไม่ติดต่อฯ
		รอบ 9 เดือน		≥5	≥10	≥20	≥30	≥40	
		รอบ12 เดือน		≥10	≥20	≥30	≥40	≥50	
9	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดการเข้าถึงระบบการบำบัดรักษาตามโปรแกรม(ร้อยละ 80)	รอบ 6 เดือน	0.5	≥5	≥10	≥20	≥30	≥40	โรคไม่ติดต่อฯ
		รอบ 9 เดือน		≥20	≥30	≥40	≥50	≥60	
		รอบ12 เดือน		≥40	≥50	≥60	≥70	≥80	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ระยะเวลาประเมิน	น้ำหนักตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รับผิดชอบ	
				1	2	3	4	5		
10	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่									งานระบาด
	10.1 Treatment coverage อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคปอดและกลับเป็นซ้ำ	รอบ 6 เดือน	0.5	≥10	≥15	≥20	≥25	≥30		
		รอบ 12 เดือน		≥50	≥55	≥60	≥65	≥70		
10.2 Success rate อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	รอบ 12 เดือน	0.5	≥48	≥58	≥68	≥78	≥88			
11	ร้อยละของสถานบริการที่มีการจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างน้อย 12 ครั้ง/12 เดือน ต่อปี(ร้อยละ 80)	รอบ 6 เดือน	1	40	45	50	60	70	งานสื่อสารฯ	
		รอบ 12 เดือน		60	65	70	75	80		
12	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food (ร้อยละ 30)	รอบ 12 เดือน	0.5	1	2	3	4	5	อนามัยสิ่งแวดล้อม	
13	ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (ร้อยละ 70)	รอบ 12 เดือน	0.5	1	2	3	4	5	อนามัยสิ่งแวดล้อม	
14	ระดับความสำเร็จของตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในร้านค้า/ร้านชำ	รอบ 12 เดือน	0.5	1	2	3	4	5	คุ้มครองผู้บริโภคฯ	
15	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการบริการด้านเภสัชกรรมในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ	รอบ 12 เดือน	0.5	1	2	3	4	5	คุ้มครองผู้บริโภคฯ	
16	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 35)	รอบ 12 เดือน	0.5	27	31	33	35	37	แพทย์แผนไทย	
17	ร้อยละความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา	รอบ 12 เดือน	0.5	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 90	งานระบาด	
18	ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร	รอบ 12 เดือน	0.5	1	2	3	4	5	พัฒนาคุณภาพ	
19	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการมีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	รอบ 12 เดือน	1	1	2	3	4	5	พัฒนายุทธศาสตร์	
20	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คปสอ.	รอบ 12 เดือน	1	1	2	3	4	5	พัฒนายุทธศาสตร์	
21	ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทยมี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ									พัฒนายุทธศาสตร์
	21.1 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขมีดิจิทัลไอดี	รอบ 6 เดือน	0.5	10	20	30	40	50		
		รอบ 12 เดือน		4	6	8	10	12		
	21.2 ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	รอบ 6 เดือน	0.5	40	50	60	70	80		
รอบ 12 เดือน		5		10	15	20	25			
22	ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณของเครือข่ายโรงพยาบาล									ประกันสุขภาพ
	22.1 งบประมาณปี 2565 สัดส่วนร้อยละ 50	รอบ 12 เดือน	0.5	<85	<90	<95	<100	100		
	22.2 งบประมาณปี 2566 สัดส่วนร้อยละ 50	รอบ 12 เดือน	0.5	<70	<80	<90	<100	100		
23	ร้อยละของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	รอบ 12 เดือน	1	45	50	55	60	65	ควบคุมภายใน	
24	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพ	รอบ 12 เดือน	0.5	1	2	3	4	5	พัฒนาคุณภาพ	

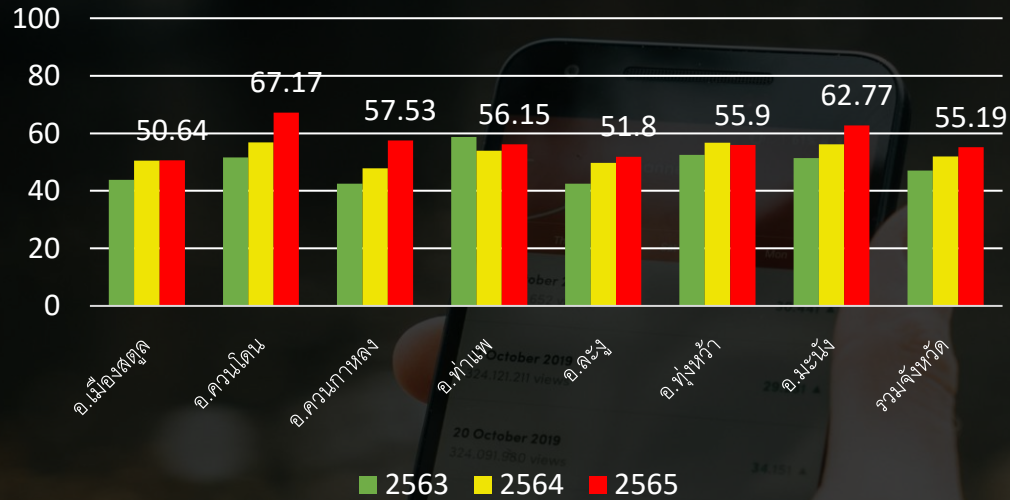
17.00

ตัวชี้วัดผู้บริหาร (จำนวน 5 ตัวชี้วัด)

3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (ร้อยละ 50)
5. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93)
6. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (มากกว่าร้อยละ 70)
19. ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการมีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (**Telemedicine**) (ระดับ5)
22. ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครือข่ายโรงพยาบาล
 - 22.1 งบประมาณปี 2565 สัดส่วนร้อยละ 50
 - 22.2 งบประมาณปี 2566 สัดส่วนร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่ 1. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 67)

ค่าน.น.คะแนน 0.5



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวเจนจิรา นาคำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนเด็กไทย อายุ 0 - 5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูงทั้งหมด ณ ช่วงเวลานั้นๆ
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูงทั้งหมด ณ ช่วงเวลานั้นๆ สูงดี สมส่วน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$B/A*100$

รอบ 6 เดือน

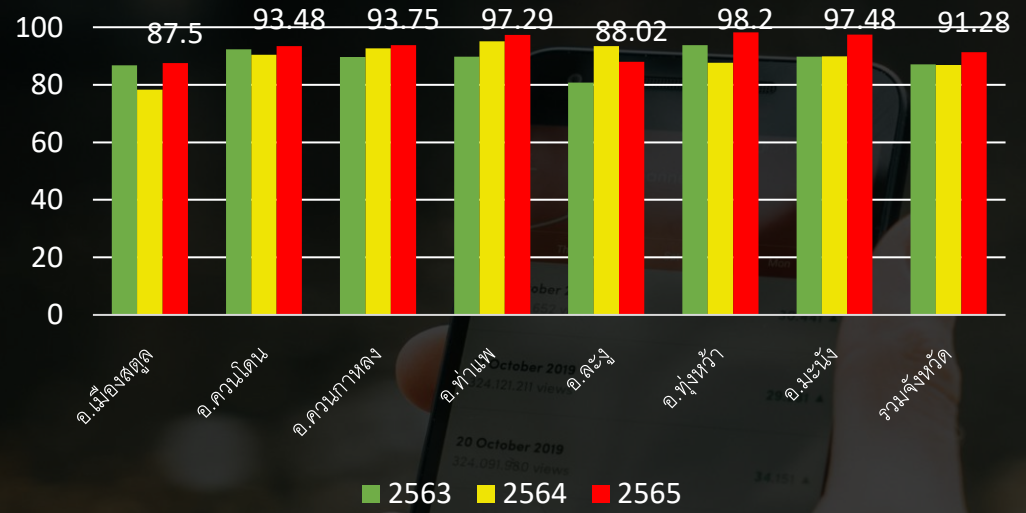
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน	0.5	ผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ร้อยละ 1	ผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ร้อยละ 1.5	ผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ร้อยละ 2	ร้อยละ 65	ร้อยละ 66

รอบ 9-12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน	0.5	ผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าไตรมาสที่ผ่านมา ร้อยละ 1	ผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าไตรมาสที่ผ่านมา ร้อยละ 1.5	ผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าไตรมาสที่ผ่านมา ร้อยละ 2	ร้อยละ 66	ร้อยละ 67

ตัวชี้วัดที่ 2. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ (ร้อยละ 90)

ค่าน.น.คะแนน 0.5



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางเบญจวรรณ ใจเย็น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สูตรคำนวณ	ร้อยละของหญิงหลังคลอด ตามเกณฑ์ = B/A*100
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดครบ 42 วัน (Type area 1,3 BTYPE ไม่เท่ากับ 6) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวน A ที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ในช่วงเวลาที่กำหนด

รอบ 6-12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	0.5	70	75	80	85	90

ตัวชี้วัดที่ 3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (ร้อยละ 30)

ค่า.น.คะแนน 1

- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระโน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุขุม รัชศรีทอง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน

รอบ 9 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	1	20	25	30	35	40

รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$B/A*100$

รอบ 6 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี	1	10	15	20	25	30

รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	1	30	35	40	45	50

ตัวชี้วัดที่ 4. ร้อยละของนักเรียนอายุ 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 80)

ค่าน.น.คะแนน 0.5

สูตรการคำนวณ :

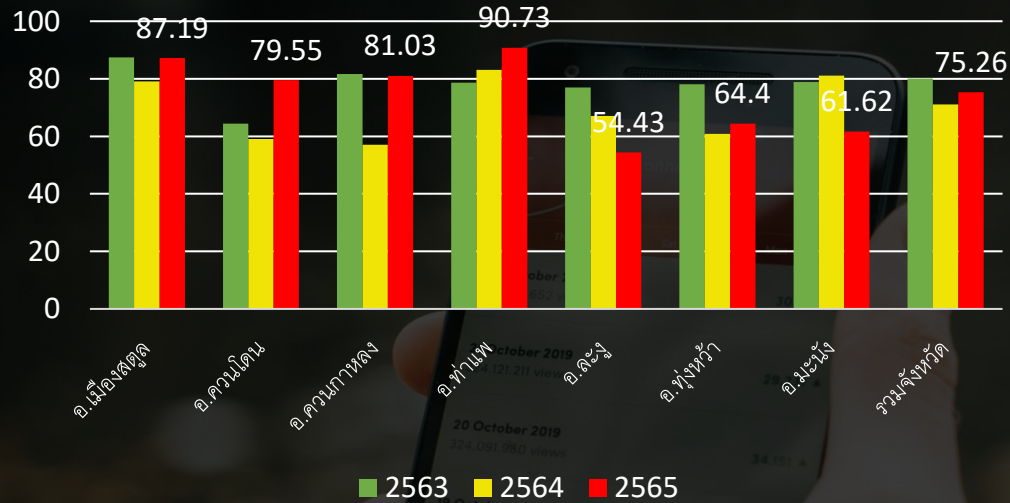
จำนวนเด็ก นักเรียนอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้ตรวจทั้งปาก+วางแผน ที่ลงแฟ้ม dental x 100
จำนวนนักเรียนอายุ 6 - 12 ปีทั้งหมด

รอบ 6 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละ ของนักเรียนอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	0.5	28	31	34	37	40

รอบ 9-12 เดือน

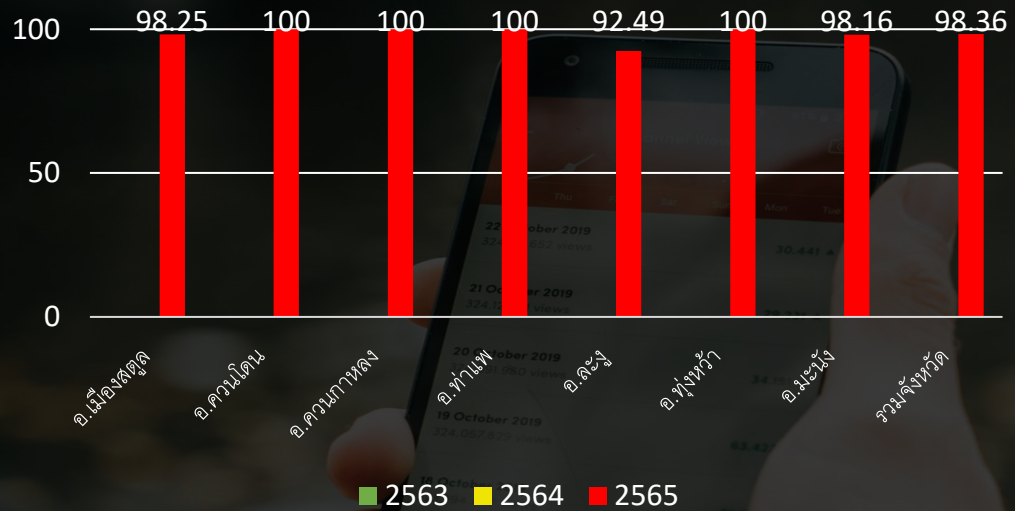
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละ ของนักเรียนอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	0.5	68	71	74	77	80



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายศุภเดช สุกใส ทันตแพทย์ปฏิบัติการ เบอร์ติดต่อ: 0819598683
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางวีรียา มาลินี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ : 0897323458

ตัวชี้วัดที่ 5. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 93)

ค่าน.น.คะแนน 1



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนีสรีน สาเร๊ะ

รอบ 6 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1	≥ร้อยละ 5	≥ร้อยละ 10	≥ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40

รอบ 9 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1	≥ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60

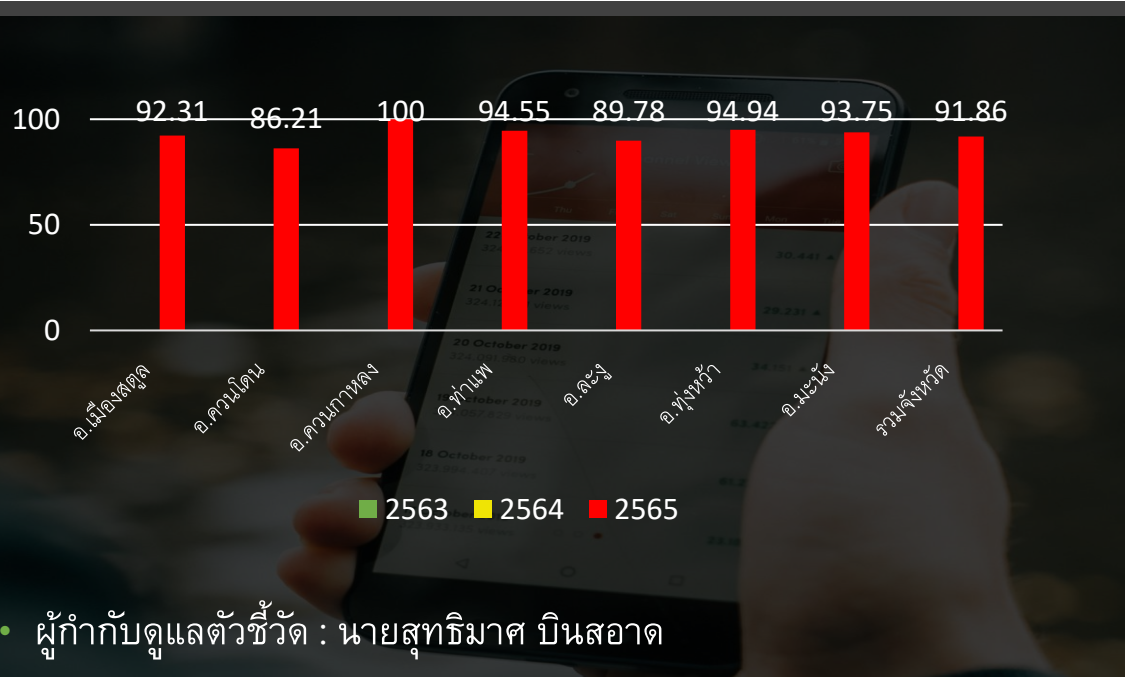
รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 93

รายการข้อมูล 1	A1: = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
รายการข้อมูล 2	B1: จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ
การคำนวณ	(A1/B1)×100

ตัวชี้วัดที่ 6. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 70)

ค่าน.น.คะแนน 1



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนีสรีน สาเร๊ะ

รอบ 6 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	1	≥ร้อยละ 1	≥ร้อยละ5	≥ร้อยละ10	≥ร้อยละ20	≥ร้อยละ30

รอบ 9 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	1	≥ร้อยละ10	≥ร้อยละ20	≥ร้อยละ30	≥ร้อยละ40	≥ร้อยละ50

รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	1	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ40	≥ร้อยละ50	≥ร้อยละ60	≥ร้อยละ70

รายการข้อมูล 1	A1: = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 180 วัน)
รายการข้อมูล 2	B1: จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
การคำนวณ	(A1/B1)x100

ตัวชี้วัดที่ 7.อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี (ร้อยละ 60)

ค่าน.น.คะแนน 0.5



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางคงขวัญ วิทยาศิริกุล

รายการข้อมูล 1	A1: = ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใน ปีงบประมาณ
รายการข้อมูล 2	B1:ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ในปีงบประมาณ
การคำนวณ	(A1/B1)x100

รอบ 6 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	0.5	≥ร้อยละ 2.5	≥ร้อยละ5	≥ร้อยละ10	≥ร้อยละ15	≥ร้อยละ20

รอบ 9 เดือน

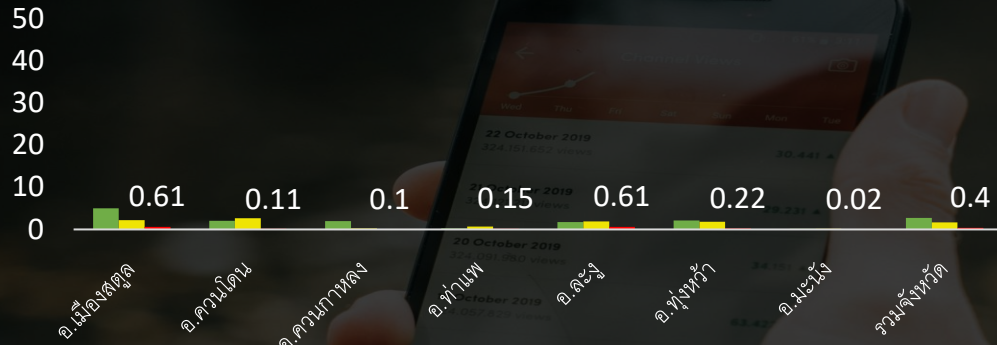
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	0.5	≥ร้อยละ5	≥ร้อยละ10	≥ร้อยละ20	≥ร้อยละ30	≥ร้อยละ40

รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	0.5	≥ร้อยละ 20	≥ร้อยละ30	≥ร้อยละ40	≥ร้อยละ50	≥ร้อยละ60

ตัวชี้วัดที่ 8. ร้อยละประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการคุ้มครองพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 50)

ค่าน.น.คะแนน 0.5



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอาอีเสาะ ยูโซ๊ะยูตะ

รอบ 6 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการคุ้มครองพฤติกรรม การสูบบุหรี่	0.5	≥ร้อยละ 1	≥ร้อยละ5	≥ร้อยละ10	≥ร้อยละ15	≥ร้อยละ20

รอบ 9 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการคุ้มครองพฤติกรรม การสูบบุหรี่	0.5	≥ร้อยละ5	≥ร้อยละ10	≥ร้อยละ20	≥ร้อยละ30	≥ร้อยละ40

รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการคุ้มครองพฤติกรรม การสูบบุหรี่	0.5	≥ร้อยละ 10	≥ร้อยละ20	≥ร้อยละ30	≥ร้อยละ40	≥ร้อยละ50

รายการข้อมูล 1	A1: = จำนวนประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการคุ้มครองพฤติกรรม การสูบบุหรี่
รายการข้อมูล 2	B1: จำนวนประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ในปีงบประมาณ
การคำนวณ	(A1/B1)x100

ตัวชี้วัดที่ 9. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดติดการเข้าถึงระบบการบำบัดรักษาตามโปรแกรม (ร้อยละ 80)

ค่า.น.คะแนน 0.5

รอบ 6 เดือน

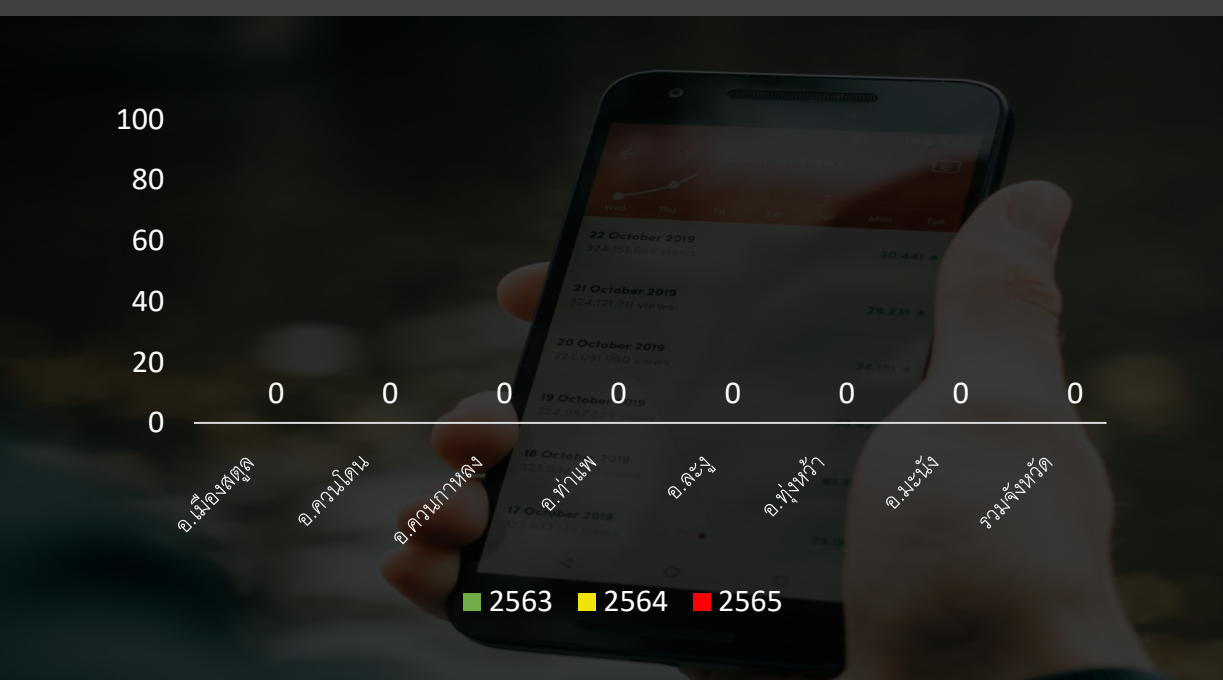
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตามโปรแกรม	0.5	≥ร้อยละ 5	≥ร้อยละ10	≥ร้อยละ20	≥ร้อยละ30	≥ร้อยละ40

รอบ 9 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตามโปรแกรม	0.5	≥ร้อยละ20	≥ร้อยละ30	≥ร้อยละ40	≥ร้อยละ50	≥ร้อยละ60

รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตามโปรแกรม	0.5	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ40	≥ร้อยละ60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ80



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวรรณา ยาแบโต

รายการข้อมูล 1	A1: ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล 2	B1: ผู้ป่วยยาเสพติดในปีงบประมาณ
การคำนวณ	(A1/B1)×100

10. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่

1. **Success rate** = อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
2. **Treatment coverage** = อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคปอดและกลับเป็นซ้ำ

อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่

หน่วยวัด : ร้อยละ

1. **Suscess rate** หน่วยวัดอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด
รายใหม่ : ร้อยละ 88 ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตร
มาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ต.ค.65 - 31 ธ.ค.65) มีผลการรักษา
หาย(Cured)/รักษาครบ(Completed) ในวันที่ 30 ก.ย.66

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาส 1 ของปีงบประมาณ
2566 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.65) ที่ผลการรักษาหาย (Cured)/รักษาครบ(Completed) ใน
วันที่ 30 ก.ย.66

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาส 1 ของปีงบประมาณ
2566 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.65)

$$= \frac{A \times 100}{B}$$

อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่

2. Treatment coverage หน่วยวัดอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน
ของผู้ป่วยวัณโรคปอดและกลับเป็นซ้ำ : ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยวัณโรคที่คาดว่าจะมี ในปี 2566

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ
2566 (1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566)

B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปี 2566 ที่คิดจาก
อุบัติการณ์ 143/แสนประชากร (กองวัณโรคกำหนดขึ้นทุกปีจาก Galbal report ของ
WHO ที่คำนวณรายประเทศ)

$$= \frac{A \times 100}{B}$$

ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมี (Estimate case) = $\frac{\text{ประชากรทะเบียนราษฎร์ (กลางปี 2565)} \times 143}{100,000}$

อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่

น้ำหนัก :

คำนิยาม

ความสำเร็จของการรักษา (Success rate) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรค(ปอดรายใหม่) ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรค (ปอดรายใหม่) ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนการรักษาและต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย ๑ ครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา

รักษาครบ (Treatment completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรค (ปอดรายใหม่) ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาสัมເລວ ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งที่มีผลการตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อย ๑ ครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อนหรือผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาวัณโรคไม่เกิน ๑ เดือน โดยไม่เคยขึ้นทะเบียนในระบบวัณโรคแห่งชาติ (NTIP)

ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษาโดยสูตรใดๆ ก็ตามและผ่านการขึ้นทะเบียน โดยได้รับการประเมินว่ารักษาหายหรือรักษาครบแล้วและกลับมาป่วย

ผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด All Form หมายถึง วัณโรคทุกชนิด คือ

วัณโรคปอด -ชนิดที่พบเชื้อ (B+)

-ชนิดที่ไม่พบเชื้อ (B-)

วัณโรคนอกปอด คือ วัณโรคชนิดที่พบในทุกอวัยวะที่ไม่ใช่ปอด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัย ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหาย/รักษาครบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค

เกณฑ์การประเมิน

- **ประเมินรอบ 6 เดือน** : Treatment coverage อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคปอดและกลับเป็นซ้ำ
- **โดยเกณฑ์ประเมินรอบ 6 เดือน คือ**
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 15	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 30

เกณฑ์การประเมิน

- เกณฑ์ประเมินรอบ 12 เดือน คือ

Treatment coverage อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคปอดและกลับเป็นซ้ำ (ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล)

0.5 คะแนน	1 คะแนน	1.5 คะแนน	2 คะแนน	2.5 คะแนน
≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70

Suscess rate อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.65) ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

0.5 คะแนน	1 คะแนน	1.5 คะแนน	2 คะแนน	2.5 คะแนน
≥ ร้อยละ 48	≥ ร้อยละ 58	≥ ร้อยละ 68	≥ ร้อยละ 78	≥ ร้อยละ 88

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- ทะเบียนรายงาน TB 07 จาก DATA Center โปรแกรม NTIP
- ทะเบียนรายงาน TB 08 จาก DATA Center โปรแกรม NTIP

กำกับดูแลตัวชี้วัด

นายมะรอฟี เจ๊ะสื่อแม

เบอร์ติดต่อ 088-7843046

ผู้จัดเก็บข้อมูล

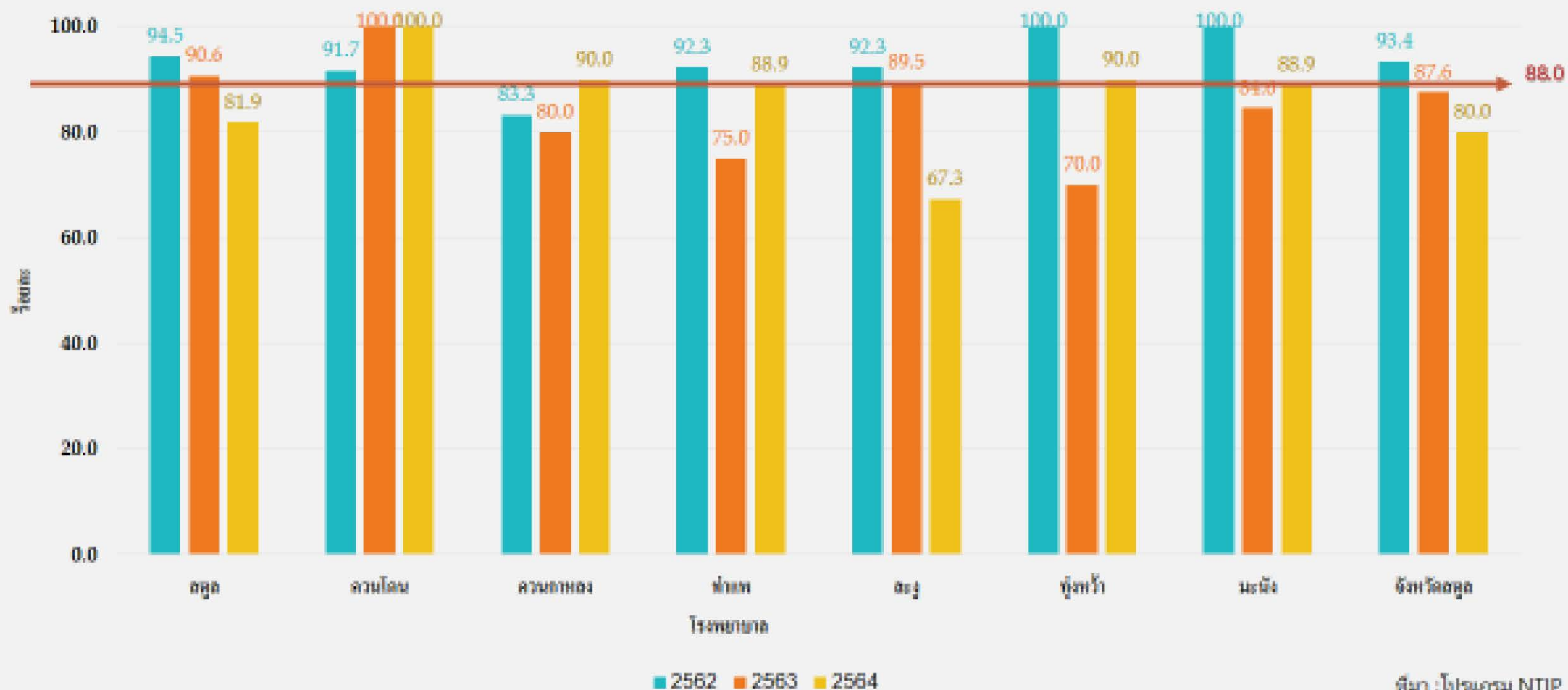
นางสาวรุ่งรัตน์ ดุลยาภรณ์

เบอร์ติดต่อ 088-7828226

อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยโรคปอดและกลับเป็นซ้ำ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ 2562 - 2565

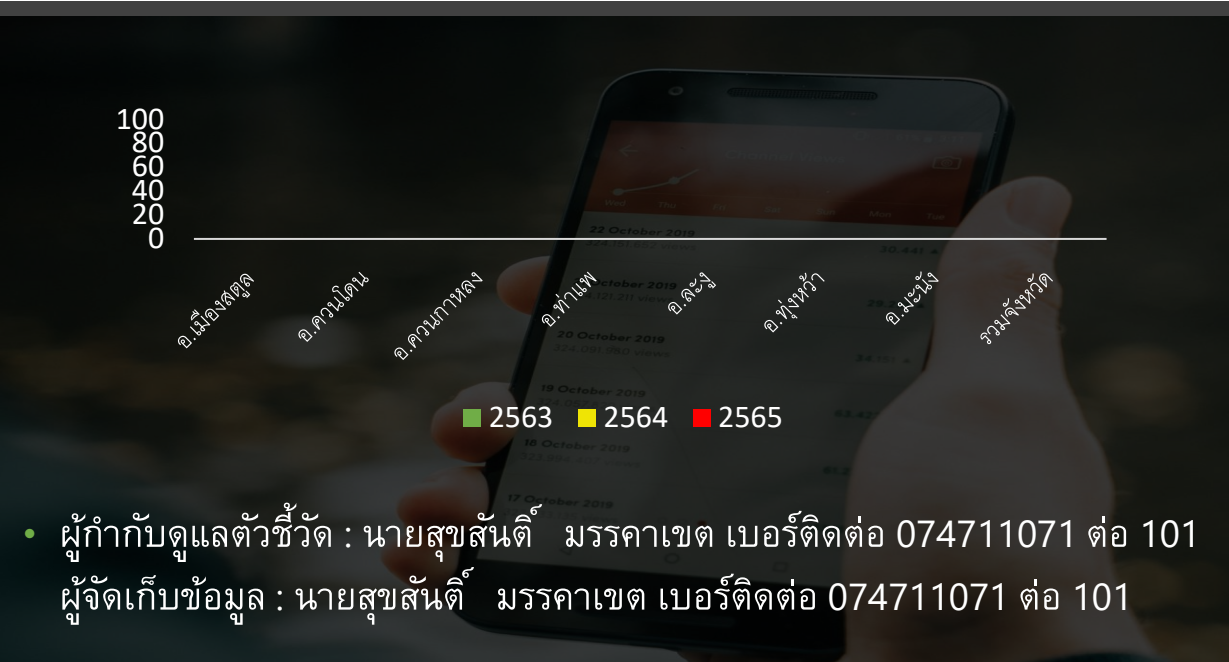


อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยโรคปอดร้ายใหม่ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ 2562 - 2564



ตัวชี้วัดที่ 11. ร้อยละของสถานบริการที่มีการจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างน้อย 12 ครั้ง/12 เรื่อง ต่อปี (ร้อยละ 80)

ค่าน.น.คะแนน 1



รอบ 6 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของสถานบริการที่มีการจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างน้อย 12 ครั้ง/12 เรื่อง ต่อปี	1	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60

รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของสถานบริการที่มีการจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างน้อย 12 ครั้ง/12 เรื่อง ต่อปี	1	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80

- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุขสันต์ มรรคาเขต เบอร์ติดต่อ 074711071 ต่อ 101
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุขสันต์ มรรคาเขต เบอร์ติดต่อ 074711071 ต่อ 101

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการที่มีการจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างน้อย 12 ครั้ง/12 เรื่อง ต่อปี
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการ
การคำนวณ	วิธีคิด : $(A / B) \times 100$

ตัวชี้วัดที่ 12. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Taste (ร้อยละ 30)

ค่าน.น.คะแนน 0.5

100
80
60
40
20
0

อ.เมืองสตูล

อ.ควนโดน

อ.ควนกาหลง

อ.ท่าแพ

อ.ละงู

อ.ทุ่งหว้า

อ.มะนัง

รวมจังหวัด

■ 2563 ■ 2564 ■ 2565

- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุภัทรา กาญจนกำเนิด เบอร์ติดต่อ 061 9728419
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภัทรา กาญจนกำเนิด เบอร์ติดต่อ 074 711071 ต่อ 309

เกณฑ์คะแนน

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
1	มีทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหารที่มีการขออนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้ง พร้อมแผนในการออกปฏิบัติงาน
2	พื้นที่ดำเนินการพัฒนาและรับรองสถานที่จำหน่ายอาหารให้เป็นไปตามเกณฑ์
3	สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับการประเมินรับรองจากทีมอำเภอและส่งผลการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
4	สถานที่จำหน่ายอาหารในแต่ละอำเภอได้รับการประเมินตามเกณฑ์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
5	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์การประเมิน (12 ค. = 30% ,9ค. = 20% , ,6ค. = 10%)

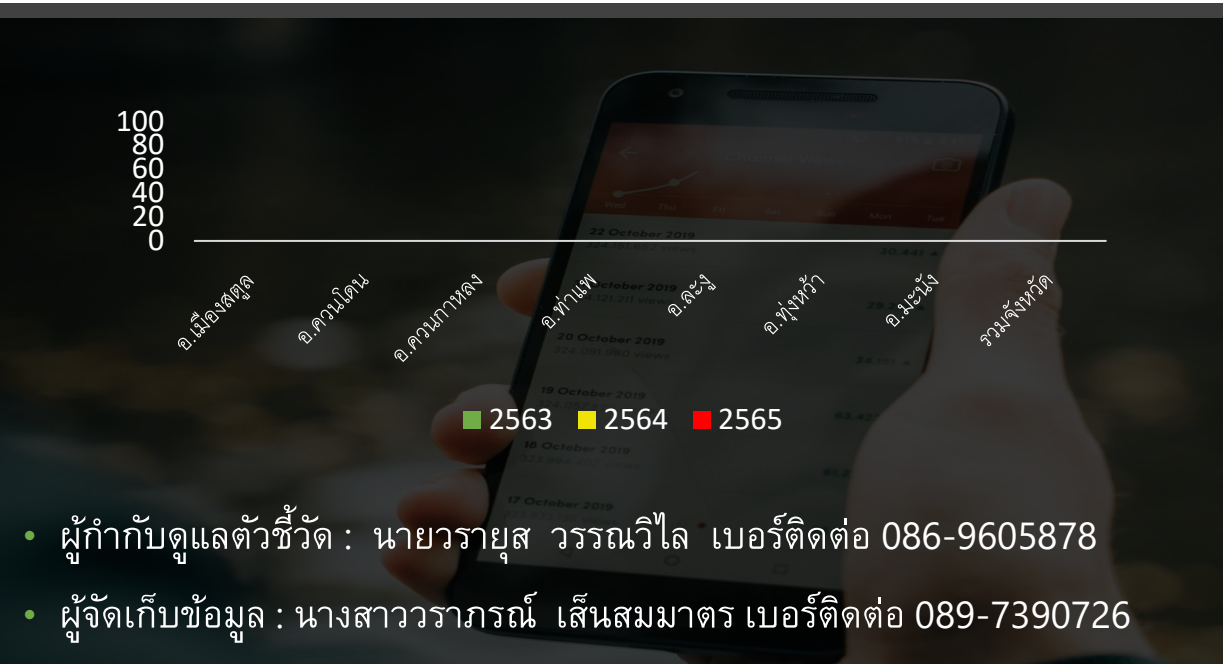
รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Taste	0.5	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
การคำนวณ	วิธีคิด : $(A / B) \times 100$

ตัวชี้วัดที่ 13. ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (ร้อยละ 70)

ค่า.น.คะแนน 0.5



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวราวุธ วรณวิไล เบอร์ติดต่อ 086-9605878
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาววราภรณ์ เส้นสมมาตร เบอร์ติดต่อ 089-7390726

1. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับมาตรฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ 70

รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการ
การคำนวณ	วิธีคิด : $(A / B) \times 100$

เกณฑ์คะแนน

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
1	มีการกำหนดนโยบาย แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital (GCHC + GCSH) ในระดับอำเภอและระดับโรงพยาบาล
2	คปสอ. มีการพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital (GCHC + GCSH) อย่างมีส่วนร่วม เช่น การประชุมชี้แจง,การจัดอบรม เป็นต้น
3	โรงพยาบาล และ รพ.สต. มีการดำเนินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital (GCHC + GCSH) มีการศึกษาลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ให้ครบถ้วน ทุกเดือน และ คปสอ. รวบรวมผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ Green & Clean Sub-district Health Promoting Hospital ส่งไปยัง สสจ.
4	โรงพยาบาลในแต่ละ คปสอ. ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) สำหรับ รพ. และเกณฑ์ Green & Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) สำหรับ รพ.สต. โดยคณะกรรมการประเมิน สสจ.สตูล และรพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ 60
5	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ในระดับมาตรฐานขึ้นไป และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ Green & Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) มาตรฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ 70 และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ดีเยี่ยม อย่างน้อยร้อยละ 10 ขึ้นไป

ตัวชี้วัดที่ 13. ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (ร้อยละ 70)

ค่า.น.คะแนน 0.5

2. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับมาตรฐานระดับดีเยี่ยม อย่างน้อยร้อยละ 10

รายการข้อมูล 1	C = รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับดีเยี่ยม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการ
การคำนวณ	วิธีคิด : $(C / B) \times 100$

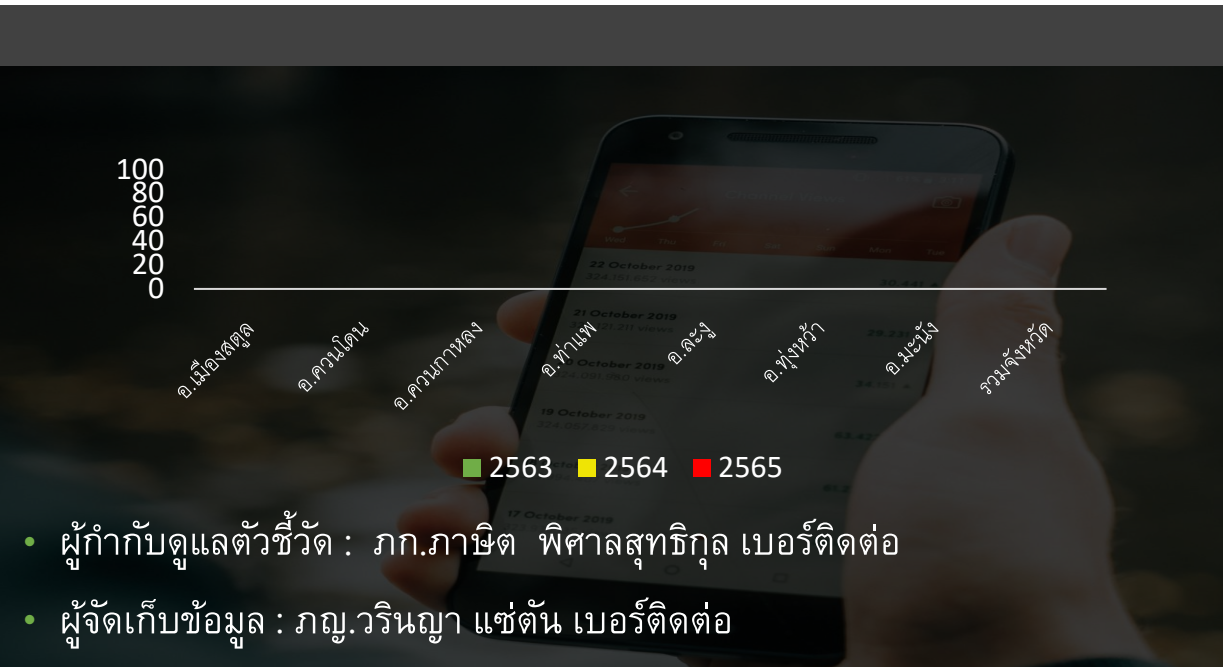
รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	0.5	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีการกำหนดนโยบาย แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital (GCHC + GCSH) ในระดับอำเภอ โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง</p> <p>2. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง มีกลไกการขับเคลื่อน และ จัดทีมคณะทำงานเพื่อดำเนินการตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (GCHC + GCSH)</p> <p>3. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการคีย์ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p>	<p>1. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (GCHC + GCSH)</p> <p>2. โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอยังน้อย ร้อยละ 70 มีผลการประเมินตนเองผ่านตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (GCHC + GCSH)</p> <p>3. โรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการคีย์ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p>	<p>1. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในระดับมาตรฐาน โดยทีม สสจ.สตูล โดยทีม สสจ.สตูล</p> <p>2. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ได้รับการประเมินตาม เกณฑ์ Green & Clean Sub-district Health Promoting Hospital โดยทีม สสจ.สตูล และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ 60</p> <p>3. โรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการคีย์ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p>	<p>1. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในระดับมาตรฐาน โดยทีมศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา</p> <p>2. อย่างน้อย ร้อยละ 7๐ ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป โดยทีม สสจ.สตูล</p> <p>3. อย่างน้อยร้อยละ 10 ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม โดยทีม สสจ.สตูล</p> <p>3. โรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการคีย์ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p>

ตัวชี้วัดที่ 14. ระดับความสำเร็จของตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ในร้านค้า/ร้านชำ

ค่า.น.คะแนน 0.5



เกณฑ์คะแนน

ระดับคะแนน	ขั้นตอนที่
1	จัดทำแผนงานการออกตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในร้านค้า/ร้านชำ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2	ดำเนินการตามแผนออกตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในร้านค้า/ร้านชำ
3	มีกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แก่ผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ
4	มีการออกตรวจเฝ้าระวังร้านค้า/ร้านชำ ที่เข้าร่วมโครงการ และไม่พบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย อำเภอละ 1 แห่ง
5	มีการขยายผลการดำเนินกิจกรรม หรือมีโครงการ/กิจกรรมเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหา ด้าน คบส. ในพื้นที่ เพิ่มอย่างน้อย 1 กิจกรรม หรือ 1 แห่ง

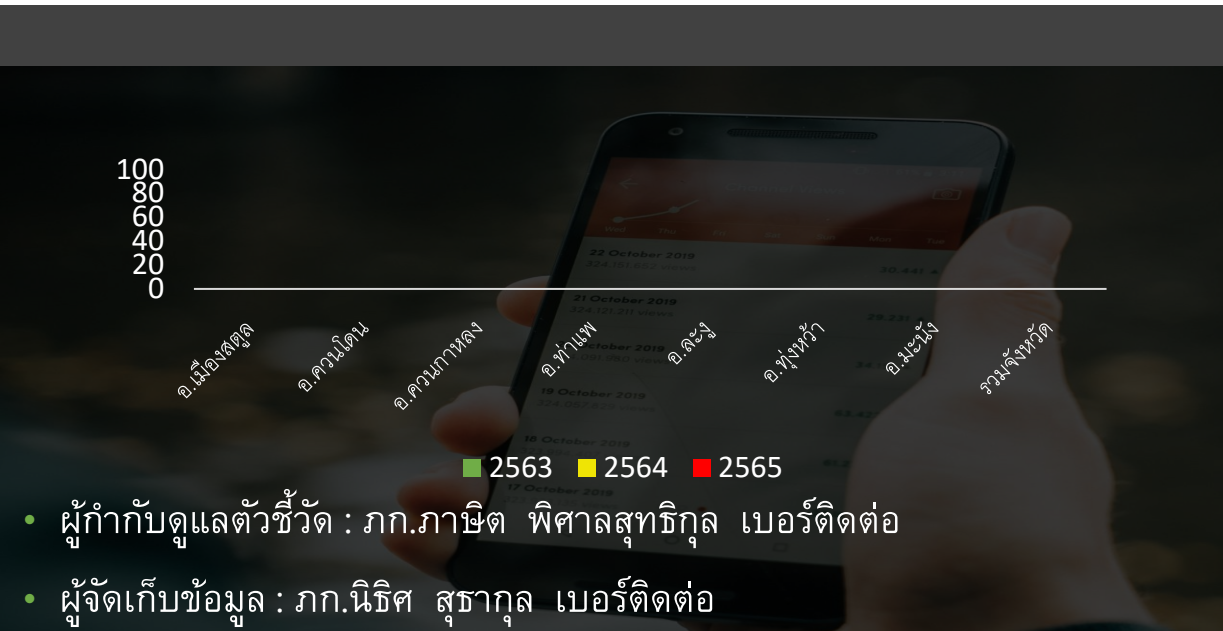
รอบ 12 เดือน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จัดทำแผนงานการออกตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในร้านค้า/ร้านชำ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2566	ดำเนินการตามแผนออกตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในร้านค้า/ร้านชำ และมีการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แก่ผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ อย่างน้อย 1 ครั้ง	สามารถดำเนินการโดยมีการออกตรวจเฝ้าระวังร้านค้า/ร้านชำ ที่เข้าร่วมโครงการ และไม่พบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย อำเภอละ 1 แห่ง	สามารถดำเนินการโดยมีการขยายผลการดำเนินกิจกรรม หรือมีโครงการ/กิจกรรมเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหา ด้านคุ้มครองผู้บริโภค และ เภสัชสาธารณสุข ในพื้นที่ เพิ่มอย่างน้อย 1 กิจกรรม หรือ 1 แห่ง

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในร้านค้า/ร้านชำ	0.5	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

ตัวชี้วัดที่ 15. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการบริการด้านเภสัชกรรมใน หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

ค่า.น.คะแนน 0.5



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ภก.ภาษิต พิศาลสุทธิกุล เบอร์ติดต่อ
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : ภก.นิธิศ สุธากุล เบอร์ติดต่อ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประชุมจัดทำแผนบูรณาการพัฒนาระบบการบริการด้านเภสัชกรรมในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ระดับอำเภอ ประจำปี 2566 ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ดำเนินการตามแผนบูรณาการพัฒนาระบบการบริการด้านเภสัชกรรมในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และมีจำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ บรรลุตามค่าเป้าหมาย ร้อยละ 50 (แห่ง)	สามารถดำเนินการโดยจำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ บรรลุตามค่าเป้าหมาย ร้อยละ 75 (แห่ง)	สามารถดำเนินการโดยจำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ บรรลุตามค่าเป้าหมาย ร้อยละ 100 (แห่ง)

เกณฑ์คะแนน

ระดับคะแนน	ขั้นตอนที่
1	จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาระบบการบริการด้านเภสัชกรรมในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ระดับอำเภอ
2	ดำเนินการตามแผนบูรณาการพัฒนาระบบการบริการด้านเภสัชกรรมในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ระดับอำเภอ
3	จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ บรรลุตามค่าเป้าหมาย ร้อยละ 50 (แห่ง)
4	จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ บรรลุตามค่าเป้าหมาย ร้อยละ 75 (แห่ง)
5	จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ บรรลุตามค่าเป้าหมาย ร้อยละ 100 (แห่ง)

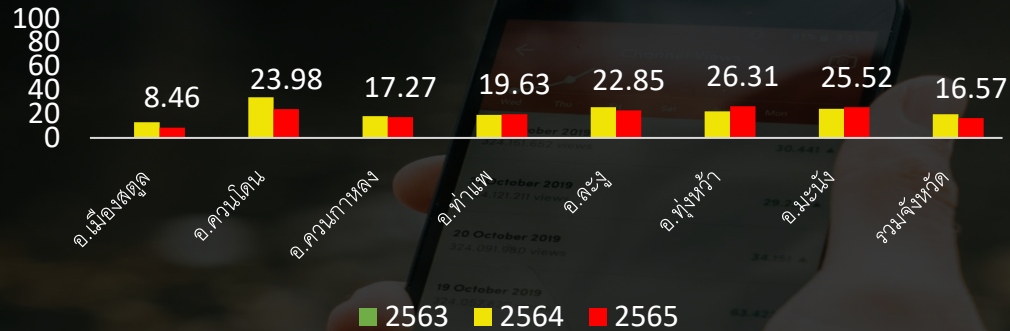
รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการบริการด้านเภสัชกรรมในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ	0.5	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

ตัวชี้วัดที่ 16. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 35)

ค่าน.น.คะแนน 0.5

รอบ 6 เดือน



ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	0.5	ร้อยละ 27	ร้อยละ 29	ร้อยละ 31	ร้อยละ 33	ร้อยละ 35

รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	0.5	ร้อยละ 27	ร้อยละ 29	ร้อยละ 31	ร้อยละ 33	ร้อยละ 35

- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวมาลัย พัฒนศิริ เบอร์ติดต่อ 09 3780 4141
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายวิชัย วณิชสุวรรณ เบอร์ติดต่อ 09 1459 2614

รายการข้อมูล 1	A = จำนวน(ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน(ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
การคำนวณ	วิธีคิด : $(A / B) \times 100$

17. ความครอบคลุมของหน่วยงาน ที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

- หน่วยวัด : ร้อยละ
- น้ำหนัก : 0.5
- คำอธิบาย : ระดับอำเภอ จำนวนหน่วยงาน (รพ.สต., ศูนย์สุขภาพชุมชน ,รพ.) ในอำเภอที่ส่งบัตรรายงานหรือ electronic file โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในช่วงเวลาที่กำหนดต่อจำนวนหน่วยงานทั้งหมดในอำเภอ (โดยมีการประเมินเป็นรายเดือน)

เกณฑ์การรายงาน

- 1.ระดับ รพ.สต.,ศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง
- 2.ระดับอำเภอ (ศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอ = สสอ./รพ.) ต้องรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สัปดาห์ละ 3 ครั้ง คือ วันจันทร์, พุธ, ศุกร์

สูตรการคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนหน่วยงานที่รายงานโรค ในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนหน่วยงานทั้งหมด}} \times 100$$

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์คะแนน				
	1	2	3	4	5
ความครอบคลุมของ หน่วยงานที่รายงานโรค (ร้อยละ)	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 90

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ทะเบียนการส่งรายงาน 506 ของอำเภอ/โรงพยาบาล
2. โปรแกรม 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายมะรอฟี เจ๊ะสื่อแม

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ : 0-88784-3046

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศิริเพ็ญ เจ๊ะสื่อแม

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ : 0-85934-3860

เป้าหมาย/ผลงานปี 2565

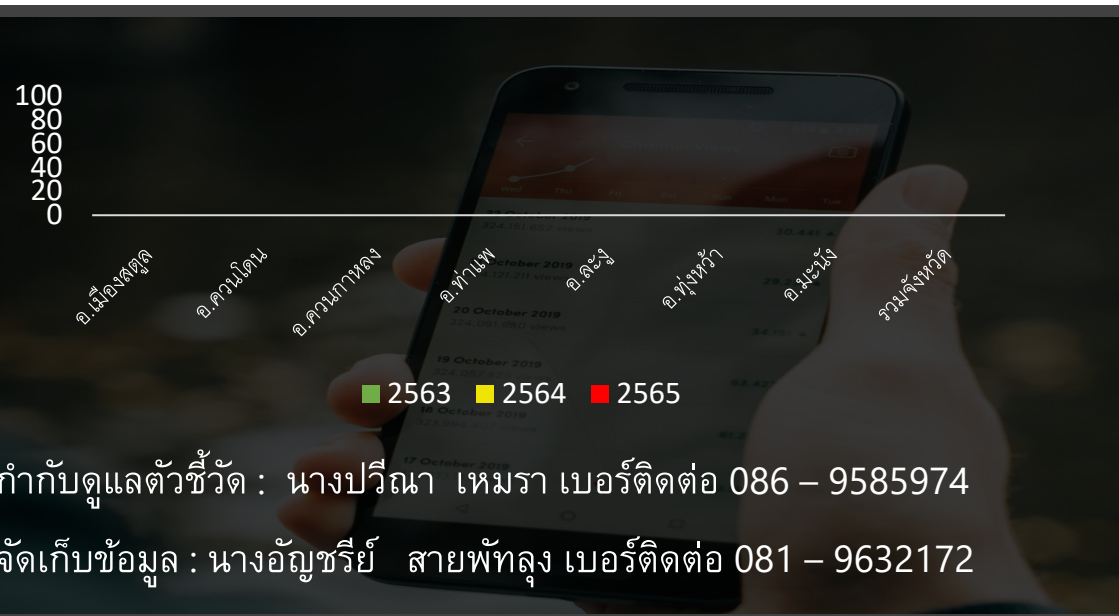
อำเภอ	จำนวน	รอบ1/65	รอบ2/65
เมือง	19	63.16	63.16
ควนโดน	5	60.00	100
ควนกาหลง	8	87.50	75.00
ท่าแพ	6	83.33	100
ละยู	11	72.73	72.73
ทุ่งหว้า	8	75.00	87.50
มะนัง	5	80.00	80.00
รวม	62	72.58	77.42

ความเป็นตัวแทนจำนวนผู้ป่วยที่รายงาน ใน รพท. รพช. แต่ละสัปดาห์ ตามเกณฑ์ ดังนี้

- จำนวนผู้ป่วยที่รายงานใน รพท. แต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 30 ราย
- จำนวนผู้ป่วยที่รายงานใน รพช. แต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 5 ราย

ตัวชี้วัดที่ 18. ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร

ค่าน.น.คะแนน 0.5



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปวีณา เหมรา เบอร์ติดต่อ 086 – 9585974
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอัญชรีย์ สายพัทลุง เบอร์ติดต่อ 081 – 9632172

เกณฑ์คะแนน

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
1	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการความรู้ของ คปสอ.ปีปัจจุบัน มีการวิเคราะห์ห้องค์ความรู้ (KM Focus Area)
2	มีแผนการจัดการความรู้ (KM) ในการขับเคลื่อน ผลงานวิชาการ ระดับ คปสอ.
3	มีดำเนินการตามแผนการจัดการความรู้(KM)ในการขับเคลื่อนผลงานวิชาการในองค์กร มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือการจัดการความรู้ เช่น การประชุม การถอดบทเรียน ชุมชนนักปฏิบัติ (Cop) เวทีเสวนาโดยใช้เครื่อง Success Storytelling , dialog ฯลฯ
4	มีการรวบรวมเอกสาร ผลงานวิชาการ ตามจำนวนที่กำหนด
5	มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร (KM) ระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด มีการเผยแพร่องค์ความรู้

รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร	0.5	มีการดำเนินงานในชั้นตอนที่ 1-5	มีการดำเนินงานในชั้นตอนที่1-5 และมีผลงานวิชาการ คป สอ.ละอย่างน้อย 2ผลงาน ส่งเข้างานวิชาการระดับจังหวัด	มีการดำเนินงานในชั้นตอนที่1-5 และมีผลงานวิชาการ คป สอ.ละอย่างน้อย 4 ผลงานส่งเข้างานวิชาการระดับจังหวัด	มีการดำเนินงานในชั้นตอนที่ 1-5 และมีผลงานวิชาการ คปสอ. ละอย่างน้อย 6 ผลงานส่งเข้างานวิชาการระดับจังหวัด	มีการดำเนินงานในชั้นตอนที่ 1-5 และมีผลงานวิชาการ คปสอ. ละอย่างน้อย 8 ผลงานส่งเข้างานวิชาการระดับจังหวัด

รอบ 6 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร	0.5	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการความรู้ปีปัจจุบัน	มีข้อ1 และมี การวิเคราะห์องค์ความรู้ (KM Focus Area) ปัญหาสุขภาพในพื้นที่	มีข้อ 1,2 และมีแผนการดำเนินการจัดการความรู้ (KM) ใน การขับเคลื่อน ผลงาน วิชาการ ระดับ คปสอ.	มีข้อ 1,2,3 และมี การดำเนินการตามแผนการ จัดการความรู้ (KM) ใน การขับเคลื่อน ผลงานวิชาการ ระดับ คปสอ.	มีข้อ 1,2,3,4 และมีการสรุปผลตามแผนการ จัดการความรู้

ตัวชี้วัดที่ 19. ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการมีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (TELEMEDICINE)

ค่า น.น.คะแนน 1

คำอธิบาย : ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการมีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกลTelehealth/Telemedicine”

คำอธิบาย : กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำอธิบาย : ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ

คำอธิบาย : ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง รหัส I10-I15 จากรหัส ICD-10 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Non-Communicable Diseases: NCD)

คำอธิบาย : จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล หมายถึง จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine”) ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านรหัส 1B1281 ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง รหัส 1B1282 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E10-E14 และผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง รหัส I10-I15

- ร้อยละ 0-59 เท่ากับ 1 คะแนน
- ร้อยละ 60-70 เท่ากับ 2 คะแนน
- ร้อยละ 71-80 เท่ากับ 3 คะแนน
- ร้อยละ 81-90 เท่ากับ 4 คะแนน
- ร้อยละ 91 ขึ้นไป เท่ากับ 5 คะแนน



ขั้นตอนที่	คำอธิบาย
1	โรงพยาบาลแม่ข่ายมีคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล
2	มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth
3	- มีระบบให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน
4	มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ในระบบบริการ
5	-จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล ในกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย 4 กลุ่ม (กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านรหัส 1B1281 ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง รหัส 1B1282 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E10-E14 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รหัส I10-I15) คิดเป็นค่าร้อยละเปรียบเทียบกับจำนวนครั้งที่ต้องTelemedicine ตามเกณฑ์การให้คะแนน - มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ

อำเภอ	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม (จำนวนคน)	จำนวนที่ต้อง Telemedicine (จำนวนครั้ง)
เมืองสตูล	11,697	1,210
ควนโดน	3,260	340
ควนกาหลง	3,287	340
ท่าแพ	3,364	345
ละงู	7,485	775
ทุ่งหว้า	2,690	280
มะนัง	2,035	210
รวม	33,818	3,500

ตัวชี้วัดที่ 19. ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการมีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (TELEMEDICINE)

ค่า น.น.คะแนน 1

สูตรคำนวณ : A = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลทุกประเภท (รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกลTelehealth/ Telemedicine”) กลุ่มผู้ป่วย 4 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยติดบ้านรหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส ICD-10 E10-E14 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รหัส I10-I15
 B = จำนวนครั้งที่ต้อง Telemedicine ของกลุ่มเป้าหมายในผู้รับบริการ 4 กลุ่ม (กลุ่มผู้ป่วย 4 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยติดบ้านรหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส ICD-10 E10-E14 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รหัส I10-I15)

$$\text{ร้อยละ} = (A/B) \times 100$$

วิธีการวัด (รอบ 6 เดือน) มีการเตรียมความพร้อมระบบสารสนเทศและบุคลากร และเปิดให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด มีข้อ ๑- ๕

วิธีการวัด (รอบ 12 เดือน) รพ.แม่ข่าย มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลทุกประเภท คิดเป็นร้อยละ จากจำนวนกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มในภาพรวม ของแต่ละ คปสอ.

ตัวชี้วัดผลงาน (คะแนน)	ค่าเป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่มีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	โรงพยาบาลแม่ข่ายมีคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล	มีข้อ1และมีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth (ห้องตรวจ)	มีข้อ 1-2 และมีระบบให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	มีข้อ 1-3 และมีกระบวนการต่อเนื่องอื่นๆ กับบริการส่งยาถึงบ้าน	มีข้อ 1-4 และมีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ในระบบบริการ

ตัวชี้วัดผลงาน (คะแนน)	ค่าเป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่มีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 0-59 - มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ	มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 60-70 - มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ	มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 71-80 - มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ	มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 81-90 - มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ	มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 91 ขึ้นไป - มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ

กำกับดูแลตัวชี้วัด
 : นายธีระยุทธ เกียรติธนภูษิต
 โทรศัพท์ 074-711071 ต่อ 206
 : นางปวีณา เหมรธา
 โทรศัพท์ 074-711071 ต่อ 105
 086 – 9585974

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
 : นางอัญชรี สายพัทลุง 065 – 6239164
 : นายสุทธิมาศ บินสะอาด 093 - 6186165
 : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย 086 - 5793000
ผู้จัดเก็บข้อมูลและประมวลผลข้อมูล
 : นายประณต มหาวิจิตร 085 - 8934713
 โทรศัพท์ 074-711071 ต่อ ห้อง ICT

ตัวชี้วัดที่ 21. ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

21.1 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี

21.2 ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

ค่าน.น.คะแนน 0.5

รอบ 6 เดือน

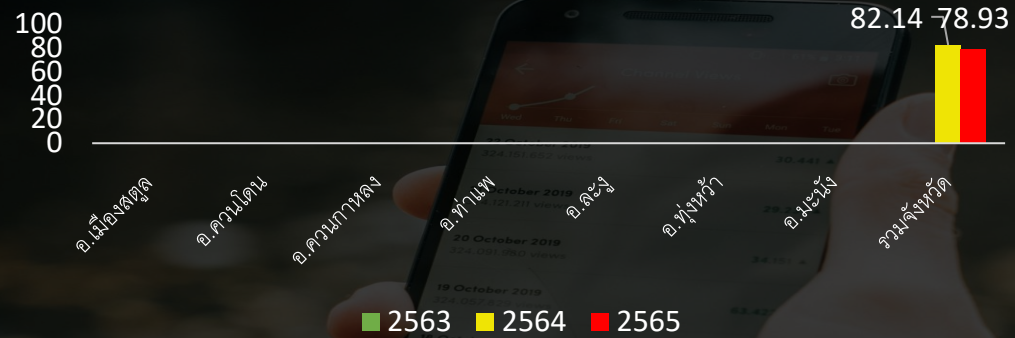
รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
21.1 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี	0.5	10	20	30	40	50
21.2 ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ		4	6	8	10	12

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
21.1 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี	0.5	40	50	60	70	80
21.2 ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ		5	10	15	20	25

ตัวชี้วัดที่ 22. ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครือข่ายโรงพยาบาล

ค่าน.น.คะแนน 0.5



- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายประพันธ์ ด้วยกาแด เบอร์ติดต่อ 0935806777
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายวิมาน บันดีกา เบอร์ติดต่อ -

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนเงินที่เบิกจ่าย} \times 100}{\text{จำนวนเงินทั้งหมด}}$$

ระบบจัดการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม <http://ucapps.nhso.go.th/InvestmentBudget/production/>

ส่วนที่ 1 งบประมาณปี 2565 สัดส่วนร้อยละ 50

ส่วนที่ 2 งบประมาณปี 2566 สัดส่วนร้อยละ 50

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครือข่ายโรงพยาบาล	0.5	น้อยกว่า ร้อยละ 85	ร้อยละ 85 - 89	ร้อยละ 90 - 94	ร้อยละ 95 - 99	ร้อยละ 100

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครือข่ายโรงพยาบาล	0.5	น้อยกว่า ร้อยละ 70	ร้อยละ 70 - 79	ร้อยละ 80 - 89	ร้อยละ 90 - 99	ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดที่ 23. ร้อยละของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

ค่า.น.คะแนน 1

ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1	มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกส่วนงานย่อยของส่วนราชการ โดยปฏิบัติตาม มาตรฐานและหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	เท่ากับ 1 คะแนน
2	มีการรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน โดยรายละเอียดในรายงานต่างๆ ต้องมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง ได้แก่ 1. หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปก. 1) 2. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปก. 4) ทุกระดับ 3. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปก. 5) ทุกระดับ 4. รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปก. 6)	เท่ากับ 1 คะแนน
3	มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยทุกระดับให้กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา	เท่ากับ 1 คะแนน
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด รวมทั้ง ประเด็นข้อผิดพลาดจากการดำเนินงาน หรือข้อตรวจพบของผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบ ลดลงทุกปี	เท่ากับ 1 คะแนน
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อยให้ครอบคลุม ครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์คะแนน รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมาย จังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของหน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การตรวจสอบและ ประเมินผลระบบการควบคุม ภายใน	1	45	55	65	75	85

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการตรวจสอบและ ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 4 คะแนนขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ที่ได้รับการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$

ข้อมูลจากการรายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ได้แก่ หน่วยงาน ส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ตัวชี้วัดที่ 24. ร้อยละของชุมชนที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพ

ค่า.น.คะแนน 0.5

รายการข้อมูล 1	A = ชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)
รายการข้อมูล 2	B = ชุมชนเป้าหมายทั้งหมด
การคำนวณ	วิธีคิด : $(A / B) \times 100$

รอบ 6 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของชุมชนที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพ		มีการชี้แจงการดำเนินงานแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	มีข้อ 1 และมีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพ	มีข้อ 1,2 และมีแผนการดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพ-แกนนำสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพ	มีข้อ 1,2,3 และมีมีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพในประชาชน (ครั้งที่ 1) กลุ่มเสี่ยง อย่างน้อยหมู่บ้านละ 30 คน จากโปรแกรม Health Gate	มีข้อ 1,2,3,4 และมีมีการประเมินตนเองในโปรแกรม Health Gate ครั้งที่ 1

รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพ	0.5	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีการประเมินตนเองในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ 0-59	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีการประเมินตนเองในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ 60-64	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีการประเมินตนเองในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ 65-69	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีการประเมินตนเองในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ 70-74	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีการประเมินตนเองในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ 75 ขึ้นไป

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปวีณา เหมรา

เบอร์ติดต่อ : 0869585974

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอนุสรณ์ แจ๊ะสัน

เบอร์ติดต่อ : 0630810293



Thank You