



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
Satun Provincial Public Health Office

**ตัวชี้วัดการประเมินผลงาน
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
(MOU) ระดับ คปสอ.**

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568

**เรียบเรียงโดย
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข**





คำนำ

รายละเอียดตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ. ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ครอบคลุมความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence), 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence), 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) รวมถึงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข, ประเด็นตรวจราชการ, ประเด็นหรือจุดเน้นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล และประเด็นปัญหาของจังหวัดสตูล เพื่อใช้ในการควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน พร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าว และเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ธันวาคม 2567



สารบัญ

| | |
|--|----|
| คำนำ..... | ก |
| ความเชื่อมโยงของตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 | 1 |
| ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิตชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์..... | 6 |
| ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละเด็กอายุครบ 12 เดือนในเขตรับผิตชอบ มีภาวะโลหิตจาง | 7 |
| ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย | 9 |
| ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละเด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) | 11 |
| ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ | 13 |
| ตัวชี้วัดที่ 6 ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ | 14 |
| ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนMMR1และMMR2 ในเด็กอายุครบ 3 ปี | 16 |
| ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณของเครือข่ายโรงพยาบาล..... | 18 |
| ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี..... | 20 |
| ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี..... | 21 |
| ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจนถึง การติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)..... | 22 |
| ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่..... | 24 |
| ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มสุรา | 26 |
| ตัวชี้วัดที่ 14 ระดับความสำเร็จของการดำเนินอาหารปลอดภัยจังหวัด | 28 |
| ตัวชี้วัดที่ 15 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Province)..... | 32 |
| ตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษา ด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก | 42 |
| ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases Symtoms มีการจ่ายยา สมุนไพรเพิ่มขึ้น..... | 48 |
| ตัวชี้วัดที่ 18 ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge และ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital .52 | |
| ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามกฎหมายกำหนด | 56 |



ตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
(MOU) ระดับ คปสอ. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568

ก

| | |
|---|----|
| ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐาน การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม..... | 60 |
| ตัวชี้วัดที่ 21 ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร | 64 |
| ตัวชี้วัดที่ 22 ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU/NPCU) ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ | 68 |
| ตัวชี้วัดที่ 23 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) Catchment Area ต้นแบบ ดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด | 71 |
| ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละ 94 ของหน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมินความโปร่งใส ITA | 73 |
| ตัวชี้วัดที่ 25 ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการมีระดับความสำเร็จการดำเนินงาน ด้านความมั่นคงปลอดภัย ไซเบอร์ (Cyber Security) ตามเกณฑ์ | 75 |
| ตัวชี้วัดที่ 26 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานดิจิทัลด้านสุขภาพ | 79 |
| ตัวชี้วัดที่ 27 ระดับความสำเร็จการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียน ด้านการสาธารณสุข (ศคอส.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.)..... | 86 |



ความเชื่อมโยงของตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | | | | | | กลุ่มงานที่รับผิดชอบ |
|-------|--|---|----------------|---------------|---|--------------------|---|----------------------|
| | | นโยบาย กระทรวง 1+7 (ตามประเด็น ตรวจราชการ) | KPI กระทรวง | Area based | ยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพจังหวัด สตูล | ภารกิจ กลุ่มงาน | ตัวชี้วัดเดิม/ ต่อเนื่องจาก ปีงบประมาณที่ ผ่านมา | |
| 1 | ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | ส่งเสริม สุขภาพฯ |
| 2 | ร้อยละเด็กอายุครบ 12 เดือนในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจาง | | | ✓ | | ✓ | ✓ | ส่งเสริม สุขภาพฯ |
| 3 | ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย | ✓ | ✓ | | | ✓ | | ส่งเสริม สุขภาพฯ |
| 4 | ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ทันต สาธารณสุข |
| 5 | อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ควบคุม โรคติดต่อ |
| 6 | อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ควบคุม โรคติดต่อ |



| ลำดับ | ตัวชี้วัด | ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | | | | | | กลุ่มงานที่รับผิดชอบ |
|-------|--|---|----------------|---------------|---|--------------------|---|----------------------|
| | | นโยบาย กระทรวง 1+7 (ตามประเด็น ตรวจราชการ) | KPI กระทรวง | Area based | ยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพจังหวัด สตูล | ภารกิจ กลุ่มงาน | ตัวชี้วัดเดิม/ ต่อเนื่องจาก ปีงบประมาณที่ ผ่านมา | |
| 7 | ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนMMR1และMMR2 ในเด็กอายุครบ 3 ปี | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ควบคุม โรคติดต่อ |
| 8 | ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครื่องช่วย โรงพยาบาล - งบประมาณปี 2567 สัดส่วนร้อยละ 50 - งบประมาณปี 2568 สัดส่วนร้อยละ 50 | | | | | ✓ | ✓ | ประกัน สุขภาพ |
| 9 | ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | NCD |
| 10 | ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต ได้ดี | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | NCD |
| 11 | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจนถึงการติดตาม (เฉพาะ ระบบสมัครใจ) (Retention Rate) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | NCD |
| 12 | ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ | | | | | ✓ | | NCD |
| 13 | ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มสุรา | | | | | ✓ | | NCD |



| ลำดับ | ตัวชี้วัด | ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | | | | | | กลุ่มงานที่รับผิดชอบ |
|-------|--|---|----------------|---------------|---|--------------------|---|----------------------------|
| | | นโยบาย กระทรวง 1+7 (ตามประเด็น ตรวจราชการ) | KPI กระทรวง | Area based | ยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพจังหวัด สตูล | ภารกิจ กลุ่มงาน | ตัวชี้วัดเดิม/ ต่อเนื่องจาก ปีงบประมาณที่ ผ่านมา | |
| 14 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินอาหารปลอดภัยจังหวัด | | | | | ✓ | ✓ | คุ้มครอง ผู้บริโภค |
| 15 | ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU Province) | | | | | ✓ | ✓ | คุ้มครอง ผู้บริโภค |
| 16 | ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | | ✓ | | | ✓ | ✓ | แพทย์แผน ไทย |
| 17 | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases Syntoms มีการจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น | | ✓ | | | ✓ | | แพทย์แผน ไทย |
| 18 | ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ในระดับดีเยี่ยม และ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital (GCSH) ยกระดับจากผลการรับรองเดิม เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | อนามัย สิ่งแวดล้อม ฯ |



| ลำดับ | ตัวชี้วัด | ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | | | | | | กลุ่มงานที่รับผิดชอบ |
|-------|--|---|----------------|---------------|---|--------------------|---|----------------------------|
| | | นโยบาย กระทรวง 1+7 (ตามประเด็น ตรวจราชการ) | KPI กระทรวง | Area based | ยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพจังหวัด สตูล | ภารกิจ กลุ่มงาน | ตัวชี้วัดเดิม/ ต่อเนื่องจาก ปีงบประมาณที่ ผ่านมา | |
| 19 | ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตาม กฎหมายกำหนด | | | | ✓ | ✓ | ✓ | อนามัย สิ่งแวดล้อม ฯ |
| 20 | ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การรับรอง มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม | | | | | ✓ | | อนามัย สิ่งแวดล้อม |
| 21 | ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร | | | | ✓ | ✓ | ✓ | พัฒนา คุณภาพฯ |
| 22 | ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) Catchment Area ต้นแบบ ดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | พัฒนา คุณภาพฯ |
| 23 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและ มาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ | | | | | ✓ | | พัฒนา คุณภาพฯ |
| 24 | ร้อยละ 94 ของหน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมินความ โปร่งใส ITA | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | นิติการ |



| ลำดับ | ตัวชี้วัด | ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | | | | | | กลุ่มงานที่รับผิดชอบ |
|-------|---|---|----------------|---------------|---|--------------------|---|--------------------------|
| | | นโยบาย กระทรวง 1+7 (ตามประเด็น ตรวจราชการ) | KPI กระทรวง | Area based | ยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพจังหวัด สตูล | ภารกิจ กลุ่มงาน | ตัวชี้วัดเดิม/ ต่อเนื่องจาก ปีงบประมาณที่ ผ่านมา | |
| 25 | ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการมีระดับความสำเร็จการดำเนินงาน ด้านความมั่นคงปลอดภัย ไซเบอร์ (Cyber Security) ตามเกณฑ์ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | ดิจิทัล สุขภาพ |
| 26 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานดิจิทัลด้านสุขภาพ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ดิจิทัล สุขภาพ |
| 27 | ระดับความสำเร็จการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียน ด้านการสาธารณสุข(ศคอส.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) | | | | | ✓ | | พัฒนา ยุทธศาสตร์ ฯ |

หมายเหตุ ตัวชี้วัดผู้บริหารฯ ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1, ตัวชี้วัดที่ 7, ตัวชี้วัดที่ 11, ตัวชี้วัดที่ 18, ตัวชี้วัดที่ 24 และ ตัวชี้วัดที่ 26

**ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์**

| หน่วยวัด | ร้อยละ | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|----------------------------|----|--|------|------|------|-----|---|-------|-------|----|----|----|----|
| น้ำหนัก | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล | | | | | | | | | | | | | | | |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยามตัวชี้วัด | หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงที่คลอดบุตร หรือแท้ง ในเขตรับผิดชอบ ภาวะโลหิตจาง หมายถึง หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจางขณะ ตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ และมีค่าฮีมาโตคริต น้อยกว่า 33% หรือค่า ฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>18</td> <td>17</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>14</td> </tr> </table> | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 |
| เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | | | | | | | | | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | วิธีการเก็บข้อมูล: สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งบันทึกใน โปรแกรม JHCIS หรือ HosXP แหล่งข้อมูล: จาก HDC | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ อายุ มากกว่า 28 สัปดาห์ และตรวจโดยไม่พบรหัส ICD10 ตามรายการแนบท้าย | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ขณะตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 28 สัปดาห์ และตรวจโดยไม่พบรหัส ICD10 ตามรายการแนบ ท้าย | | | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ (ตัดซ้ำซ้อนกรณีตรวจมากกว่าหนึ่งครั้ง) | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th rowspan="2">เกณฑ์</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> <tr> <td>≤14</td> <td>-</td> <td>20.87</td> <td>20.42</td> </tr> </table> | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | | 2565 | 2566 | 2567 | ≤14 | - | 20.87 | 20.42 | | | | |
| เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2565 | 2566 | 2567 | | | | | | | | | | | | | |
| ≤14 | - | 20.87 | 20.42 | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นางเบญจวรรณ ใจเย็น | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7473 2341 ต่อ 306 | | | | | | | | | | | | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 09 3665 3887 | E-mail : | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นางฉัตรพิไล เจียรณัย . | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7473 2341 ต่อ 306 | | | | | | | | | | | | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 6963 2345 | E-mail : | | | | | | | | | | | | | | |



ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละเด็กอายุครบ 12 เดือนในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจาง

| หน่วยวัด | ร้อยละ | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------|----|----|--|--|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| น้ำหนัก | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล | | | | | | | | | | | | | | | |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยามตัวชี้วัด | เด็กอายุครบ 12 เดือน หมายถึง เด็กที่อายุครบ 12 เดือน ในปีงบประมาณ คำนวณจากวันเดือนปีเกิด ภาวะโลหิตจาง หมายถึง เด็กที่อายุครบ 12 เดือน ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ในช่วงอายุ 6-12 เดือน และมีค่าฮีมาโตคริต น้อยกว่า 33% หรือค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | รอบ 6 เดือน 1. ร้อยละของเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ในช่วงอายุ 6-12 เดือน $\leq 40\%$ ให้ 1 คะแนน 2. ร้อยละของเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ในช่วงอายุ 6-12 เดือน $> 40\%$ ให้คะแนนตามตารางเกณฑ์การให้คะแนน รอบ 12 เดือน 1. ร้อยละของเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ในช่วงอายุ 6-12 เดือน $\leq 85\%$ ให้ 1 คะแนน 2. ร้อยละของเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ในช่วงอายุ 6-12 เดือน $> 85\%$ ให้คะแนนตามตารางเกณฑ์การให้คะแนน <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21</td> <td>20</td> <td>19</td> <td>18</td> <td>17</td> </tr> </tbody> </table> | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 21 | 20 | 19 | 18 | 17 |
| เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 20 | 19 | 18 | 17 | | | | | | | | | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | วิธีการเก็บข้อมูล: สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งบันทึกใน โปรแกรม JHCIS หรือ HosXP แหล่งข้อมูล: จาก HDC | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจางในช่วงอายุ 6-12 เดือน พบภาวะโลหิตจาง และตรวจโดยไม่พบรหัส ICD10 ตามรายการแนบท้าย | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจางในช่วงอายุ 6-12 เดือน และตรวจโดยไม่พบรหัส ICD10 ตามรายการแนบท้าย | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | |
|--|--|---------------------------------------|-------|-------|
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 - ตัดซ้ำซ้อนกรณีตรวจมากกว่าหนึ่งครั้ง = หากมีการตรวจมากกว่า 1 ครั้ง และพบภาวะโลหิตจาง ไม่ว่าจะครั้งใดจะถือว่ามีความโลหิตจาง | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | |
| | | 2565 | 2566 | 2567 |
| | ≤20 | - | 20.21 | 20.18 |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นางสาวเจนจิรา นาคำ | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7473 2341 ต่อ 306 | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 6965 5023 | E-mail : | | |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นางฉัตรพิไล เจียรน้อย . | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7473 2341 ต่อ 306 | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 6963 2345 | E-mail : | | |

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

| หน่วยวัด | ร้อยละ |
|------------------------|--|
| น้ำหนัก | 1.0 |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ |
| คำนิยามตัวชี้วัด | <p>เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน (1B260)</p> <p>คำนิยามเพิ่มเติม</p> <p>การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (18261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (18262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (18261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2</p> <p>เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก และครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)</p> |



| | | | | | |
|--|--|-------|---------------------------------------|-------|----|
| เกณฑ์การให้คะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | วิธีการเก็บข้อมูล: สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งบันทึกใน โปรแกรม JHCIS หรือ HosXP แหล่งข้อมูล: จาก HDC | | | | |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก a= จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260) | | | | |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A+a/B) \times 100$ | | | | |
| รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | | | |
| | เกณฑ์ | 2565 | 2566 | 2567 | |
| | ≥ 86 | 91.26 | 88.13 | 85.96 | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นางสาวเจนจิรา นาดำ | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7473 2341 ต่อ 306 | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 6965 5023 | | E-mail : | | |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นางฉัตรพิไล เจียรณัย . | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7473 2341 ต่อ 306 | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 6963 2345 | | E-mail : | | |

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละเด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

โดยมีตัวชี้วัดย่อยติดตาม กิจกรรมสำคัญ ระดับอำเภอ

ร้อยละเด็ก 12 ปีได้นับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 50

น้ำหนัก : 0.5

หน่วยวัด : ร้อยละ

เป้าหมาย : ร้อยละ 82

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ร้อยละ 20 | ร้อยละ 41 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 82 |

คำอธิบาย : กลุ่มอายุ 12 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุ 12 ปี 11 เดือน 29 วัน ทั้งที่ปกติและมีความพิการ ณ วันที่มารับบริการตรวจช่องปาก และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ Person Type Area (“1”, “3”) และ Person Discharge = “9”, ที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด (d_update) , ไม่นับซ้ำ (distinct) hospcode + pid และเพิ่ม dental มี provider type=02,06

ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันแท้ในช่องปากที่ปกติหรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก

สูตรการคำนวณ : $(A+B)/C \times 100$

A= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free)

B= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน

C= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจ

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|--|---------|---|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละเด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) | 0.5 | 62 | 67 | 72 | 77 | 82 |

เกณฑ์การประเมิน

รอบ 6 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 21 | ร้อยละ 26 | ร้อยละ 31 | ร้อยละ 36 | ร้อยละ 41 |

รอบ 12 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 62 | ร้อยละ 67 | ร้อยละ 72 | ร้อยละ 77 | ร้อยละ 82 |



แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล ระบบรายงาน 43 แฟ้ม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุภเดช สุกใส ทันตแพทย์ชำนาญการการ

เบอร์ติดต่อ: 0819598683

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวมริณา แดงงาม เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน

เบอร์ติดต่อ : 0963781395

ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

| หน่วยวัด | ร้อยละ 88 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------|---------------------------------------|----|--|-------|----------------------------|---|---|------|------|------|-----------|-------|-------|-------|
| น้ำหนัก | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | <input type="checkbox"/> ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. <input type="checkbox"/> ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 <input checked="" type="checkbox"/> ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล <input type="checkbox"/> ภารกิจกลุ่มงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยามตัวชี้วัด | ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ : ประเมินผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาในช่วง 1 ต.ค.67 – 31 ธ.ค. 67 โดยประเมินเดือน ก.ย. 68 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>68</td> <td>73</td> <td>78</td> <td>83</td> <td>88</td> </tr> </table> | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 68 | 73 | 78 | 83 | 88 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | |
| 68 | 73 | 78 | 83 | 88 | | | | | | | | | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2567) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568 | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2567) | | | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">เกณฑ์</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ 88</td> <td>81.08</td> <td>96.36</td> <td>86.79</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | | 2565 | 2566 | 2567 | ≥ 88 | 81.08 | 96.36 | 86.79 |
| เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2565 | 2566 | 2567 | | | | | | | | | | | | | |
| ≥ 88 | 81.08 | 96.36 | 86.79 | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นางสาวรณมา ยาแบริ | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074 711 071 ต่อ 307 | | | | | | | | | | | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 7292 9157 | | E-mail : naya202011@gmail.com | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล นางอรนุช นรารักษ์ | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074 711 071 ต่อ 307 | | | | | | | | | | | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 06 11146 6628 | | E-mail : | | | | | | | | | | | | | |

ตัวชี้วัดที่ 6 ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|----|----|-----|---|---|---|----|----|----|----|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|----|----|----|----|-----|
| หน่วยวัด | ร้อยละ 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| น้ำหนัก | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล () ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยามตัวชี้วัด | ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 (1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | ประเมินทุกไตรมาส : อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคปอดและกลับเป็นซ้ำ ไตรมาส 1 : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>5</td><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td></tr> </table> ไตรมาส 2 : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td></tr> </table> ไตรมาส 3 : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td></tr> </table> ไตรมาส 4 : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 1 | C = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | |
|---|---|---------------------------------------|-------|-------|
| รายการข้อมูล 2 | D = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568) คิดจากอัตรา 155 ต่อประชากรแสนคน* หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(C/D) \times 100$ | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | | |
| | เกณฑ์ | 2565 | 2566 | 2567 |
| | ≥ 85 | 47.52 | 56.55 | 50.99 |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นางสาวรณมา ยาแปโต | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074 711 071 ต่อ 307 | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 7292 9157 | E-mail : naya202011@gmail.com | | |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นางอรนุช นรารักษ์ | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074 711 071 ต่อ 307 | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 06 11146 6628 | E-mail : | | |

ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนMMR1และMMR2 ในเด็กอายุครบ 3 ปี

| หน่วยวัด | เด็กอายุครบ3 ปี ได้รับวัคซีนMMR1และMMR2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------|----|----|--|--|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|------------------|--|--|--|--|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| น้ำหนัก | 1.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยามตัวชี้วัด | ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนMMR1และMMR2 ในเด็กอายุครบ 3 ปี หมายถึงร้อยละของเด็กอายุครบ 3 ปี ในไตรมาสที่รายงานที่ได้รับวัคซีน MMR1และMMR2 จากเด็กอายุที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในไตรมาสที่รายงาน ได้แก่ - MMR1 ฉีดอายุ 9 เดือน ถึง 1 ปี - MMR2 ฉีดอายุ 1 ปี 6 เดือน ถึง 3 ปี เด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในไตรมาสที่รายงาน ดังนี้ รอบ 6 เดือน -รายงานไตรมาส 1-2 : 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568 เด็กที่อายุครบ 3 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 31 มีนาคม 2565 รอบ 12 เดือน -รายงานไตรมาส 3-4 : 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568 เด็กที่อายุครบ 3 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564- 30 กันยายน 2565 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | รอบ 6 เดือน <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td></tr> </table> รอบ 12 เดือน <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td></tr> </table> | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 |
| เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งบันทึกข้อมูลในโปรแกรม JHCIS หรือ HosXP จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | | | |
|---|---|-------|-------|---|-------|-------|
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี ในไตรมาสที่รายงานที่ได้รับวัคซีน MMR1และMMR2 | | | | | |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปีที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในไตรมาสที่รายงาน (จากเพิ่มPerson ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม(สถานบุคคล Type area= 1 และ 3) 1 = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบอยู่จริง 3 = มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) | | | | | |
| เกณฑ์ $\geq 95\%$ | 2565 | | 2566 | | 2567 | |
| | MMR1 | MMR2 | MMR1 | MMR2 | MMR1 | MMR2 |
| | 96.27 | 88.47 | 93.08 | 90.18 | 94.94 | 93.18 |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล :นางมาลี มาลินี... | | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ...074-711071 ต่อ 307.... | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : .0862850243... | | | E-mail :malinee5555@gmail.com... | | |
| | ชื่อ - สกุล :นางมีเนาะ แผล่ทองคำ... | | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ...074-711071 ต่อ 307.... | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : .0817670078... | | | E-mail :meenaoh.cd@gmail.com... | | |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : ..นางอรนุช นรารักษ์. | | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 307 | | |
| | โทรศัพท์มือถือ :0815437634.. | | | E-mail : .nararak1357@gmail.com... | | |

ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครือข่ายโรงพยาบาล

| | |
|------------------------|---|
| หน่วยวัด | ร้อยละ |
| น้ำหนัก | 0.5 |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานประกันสุขภาพ |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 () ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ |
| คำนิยามตัวชี้วัด | ค่าเสื่อม หมายถึง ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้หน่วยบริการจัดทำแผนการจัดการ และจัดซื้อ จัดจ้าง หรือเช่าเพื่อทดแทนส่วนที่ขาดและซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างที่เสื่อมสภาพหรือถดถอย หรือเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข |

เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 6 เดือน

ส่วนที่ 1 งบประมาณปี 2567 (สัดส่วนร้อยละ 100)

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|--|---------|---|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครือข่ายโรงพยาบาล | 0.5 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 |

เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 9 เดือน

ส่วนที่ 1 งบประมาณปี 2567 (สัดส่วนร้อยละ 50)

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|--|---------|---|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครือข่ายโรงพยาบาล | 0.5 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 |

ส่วนที่ 2 งบประมาณปี 2568 (สัดส่วนร้อยละ 50)

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|--|---------|---|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครือข่ายโรงพยาบาล | 0.5 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 |



| เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 12 เดือน | | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|--|----|-----|
| ส่วนที่ 1 งบประมาณปี 2567 (สัดส่วนร้อยละ 50) | | | | ส่วนที่ 2 งบประมาณปี 2568 (สัดส่วนร้อยละ 50) | | |
| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครื่องช่ายโรงพยาบาล | 0.5 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
| ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครื่องช่ายโรงพยาบาล | 0.5 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | ระบบจัดการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม http://ucapps.nhso.go.th/InvestmentBudget/production/ | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นายนพดล ละอองวิจิตร | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 305 | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 087-399-4449 | | E-mail : nopadol3020@gmail.com | | | |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นายประพันธ์ ด้วยกาแด | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 305 | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 093-580-6777 | | E-mail : | | | |

ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

น้ำหนัก : 1.0

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40

คำอธิบาย :

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 หรือ 3
2. ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

สูตรคำนวณ :

| | |
|----------------|---|
| รายการข้อมูล 1 | A1: = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ |
| รายการข้อมูล 2 | B1: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| การคำนวณ | $(A1/B1) \times 100$ |

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|--|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี | - | ≥ ร้อยละ 20 | - | ≥ ร้อยละ 35 |

รอบ 6 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 2 | ร้อยละ 5 | ร้อยละ 10 | ร้อยละ 15 | ร้อยละ 20 |

รอบ 12 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 20 | ร้อยละ 25 | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 35 | ร้อยละ 40 |

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางคงขวัญ วิทยาศิริกุล

ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

น้ำหนัก : 0.5

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

คำอธิบาย :

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 หรือ 3

2. ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP)

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

สูตรคำนวณ :

| | |
|----------------|---|
| รายการข้อมูล 1 | A1: = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| รายการข้อมูล 2 | B1: จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| การคำนวณ | $(A1/B1) \times 100$ |

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี | - | ≥ ร้อยละ 30 | - | ≥ ร้อยละ 60 |

รอบ 6 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|---------|----------|-----------|-----------|-----------|
| - | ร้อยละ 5 | ร้อยละ 10 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 30 |

รอบ 12 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 20 | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 |

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางคงขวัญ วิทยาศิริกุล

**ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา
ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)**

น้ำหนัก : 0.5

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง (ประเมินโดยใช้ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Overt Aggression Scale : OAS) ที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม ครอบคลุมโปรแกรมมาตรฐาน ต่อเนื่องจนถึงการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานด้านการติดตามทางการแพทย์ดังนี้ - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้ใช้” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี

สูตรคำนวณ :

| | |
|----------------|--|
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ครอบคลุมโปรแกรมมาตรฐาน และได้รับการดูแล ติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา ครอบคลุมเกณฑ์มาตรฐาน* และครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมด ที่ครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด (ยกเว้นกรณีถูกจับ เสียชีวิต เปลี่ยนเปลี่ยนการ รักษา หรือ บำบัดโดย Methadone) |
| การคำนวณ | $(A/B) \times 100$ |

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|--|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate) | - | ≥ ร้อยละ 30 | ≥ ร้อยละ 50 | ≥ ร้อยละ 70 |

รอบ 6 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 10 | ร้อยละ 15 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 25 | ร้อยละ 30 |

รอบ 9 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 30 | ร้อยละ 35 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 45 | ร้อยละ 50 |

รอบ 12 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 |

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล ข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายนาท ครูอิน

ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่

น้ำหนัก : 0.5

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

คำอธิบาย :

ผู้ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง หมายถึง ผู้ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง หมายถึง ประชากรชายและหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตบริการที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ผ่านเครื่องมือประเมินที่กำหนด โดยอาจเป็นแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ หรือการวิเคราะห์ทางคลินิก

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของหน่วยงาน หมายถึง ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และPERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย)
PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)

สูตรคำนวณ :

| | |
|----------------|--|
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ |
| การคำนวณ | $(A/B) \times 100$ |

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|--|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ | - | ≥ ร้อยละ 20 | ≥ ร้อยละ 40 | ≥ ร้อยละ 60 |

รอบ 6 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 2 | ร้อยละ 5 | ร้อยละ 10 | ร้อยละ 15 | ร้อยละ 20 |

รอบ 9 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 20 | ร้อยละ 25 | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 35 | ร้อยละ 40 |

รอบ 12 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 40 | ร้อยละ 45 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 55 | ร้อยละ 60 |



หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศิริเพ็ญ เจ๊ะสือแม

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มสุรา

น้ำหนัก : 0.5

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

คำอธิบาย :

ผู้ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง หมายถึง ผู้ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง หมายถึง ประชากรชายและหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตบริการที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ผ่านเครื่องมือประเมินที่กำหนด โดยอาจเป็นแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ หรือการวิเคราะห์ทางคลินิก

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของหน่วยงาน หมายถึง ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และPERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย)
PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)

สูตรคำนวณ :

| | |
|----------------|---|
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มสุรา |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ |
| การคำนวณ | $(A/B) \times 100$ |

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มสุรา | - | ≥ ร้อยละ 20 | ≥ ร้อยละ 40 | ≥ ร้อยละ 60 |

รอบ 6 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 2 | ร้อยละ 5 | ร้อยละ 10 | ร้อยละ 15 | ร้อยละ 20 |

รอบ 9 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 20 | ร้อยละ 25 | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 35 | ร้อยละ 40 |

รอบ 12 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 40 | ร้อยละ 45 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 55 | ร้อยละ 60 |



หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศิริเพ็ญ เจ๊ะสือแม

ตัวชี้วัดที่ 14 ระดับความสำเร็จของการดำเนินอาหารปลอดภัยจังหวัด

| | |
|------------------------|--|
| หน่วยวัด | ระดับความสำเร็จ |
| น้ำหนัก | 0.5 |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล () ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ |
| คำนิยามตัวชี้วัด | <ol style="list-style-type: none"> 1. การค้นหาสถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาต และส่งเสริมให้เป็นไปตามมาตรฐาน GMP และยื่นขอรับเลขสารบบอาหาร 2. การเฝ้าระวังคุณภาพผลิตภัณฑ์อาหาร ณ สถานที่ผลิต สถานที่จำหน่าย โดยสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ให้กับหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (mobile unit) เขตสุขภาพที่ 12 ศูนย์สงขลา 3. การตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับอนุญาต ตามเกณฑ์ GMP <p>สถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาต หมายถึง สถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล และเข้าเงื่อนไขดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการรายย่อยภายในชุมชนที่จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน หรือเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548 2. วิสาหกิจรายย่อย และวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. 2562 3. สถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พ.ร.บ. โรงงาน พ.ศ. 2562 <p>การค้นหาและส่งเสริม หมายถึง การค้นหาสถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาตเพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานของสถานที่ผลิตอาหารสู่การขออนุญาต</p> <p>ผลิตภัณฑ์อาหาร หมายถึง อาหารสด อาหารแปรรูป อาหารพร้อมบริโภค ณ สถานที่จำหน่าย เช่น ตลาดสด โรงครัวโรงพยาบาล ร้านค้า ในจังหวัดสตูล เป้าหมาย 702 ตัวอย่างเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ให้กับหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (mobile unit) เขตสุขภาพที่ 12 ศูนย์สงขลา รวมถึงประเด็นผักและผลไม้ปลอดภัยของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน 20 ตัวอย่าง</p> <p>สถานที่ผลิตอาหาร หมายถึง สถานที่ผลิตอาหาร รวมถึงโรงคัดบรรจุผักและผลไม้สดที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดสตูล จำนวน 166 แห่ง</p> |

| | <p>ผ่านมาตรฐาน หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> ผลิตภัณฑอาหารที่ส่งให้หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (mobile unit) ผ่านมาตรฐานสารปนเปื้อนในอาหารด้านเคมีและด้านจุลินทรีย์ สถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร (GMP 420) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|----------------|------------------------------------|--------------|--------------|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|---|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|---|---|---|--|----------------|------------------------------------|--|--|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|---|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|---|---|---|---|--|--|
| <p>เกณฑ์การให้คะแนน</p> | <p>กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ตามระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยจังหวัด</p> <p>รอบ 6 เดือน</p> <table border="1" data-bbox="448 752 1457 1104"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระดับ คะแนน</th> <th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th>ขั้นตอนที่ 1</th> <th>ขั้นตอนที่ 2</th> <th>ขั้นตอนที่ 3</th> <th>ขั้นตอนที่ 4</th> <th>ขั้นตอนที่ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>ขั้นตอน คำอธิบาย</p> <table border="1" data-bbox="448 1160 1457 1671"> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ค้นหาและจัดทำทำเนียบของสถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาต</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ประเมินและส่งเสริมสถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาตด้วยเกณฑ์ GMP และรายงานข้อมูลแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>กำหนดสถานที่ผลิตอาหารและผลิตภัณฑอาหารเป้าหมายตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและปัญหาในพื้นที่ของจังหวัดสตูล รอบที่ 1/2568</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>มีแผนการดำเนินงานตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับอนุญาตและผลิตภัณฑอาหาร</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ผลการดำเนินงานตามแผน ตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑอาหาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าเป้าหมาย</td> </tr> </tbody> </table> <p>รอบ 12 เดือน</p> <table border="1" data-bbox="448 1783 1457 2027"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระดับ คะแนน</th> <th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th>ขั้นตอนที่ 1</th> <th>ขั้นตอนที่ 2</th> <th>ขั้นตอนที่ 3</th> <th>ขั้นตอนที่ 4</th> <th>ขั้นตอนที่ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | ระดับ คะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 | 1 | ✓ | | | | | 2 | ✓ | ✓ | | | | 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | | 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 1 | ค้นหาและจัดทำทำเนียบของสถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาต | 2 | ประเมินและส่งเสริมสถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาตด้วยเกณฑ์ GMP และรายงานข้อมูลแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล | 3 | กำหนดสถานที่ผลิตอาหารและผลิตภัณฑอาหารเป้าหมายตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและปัญหาในพื้นที่ของจังหวัดสตูล รอบที่ 1/2568 | 4 | มีแผนการดำเนินงานตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับอนุญาตและผลิตภัณฑอาหาร | 5 | ผลการดำเนินงานตามแผน ตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑอาหาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าเป้าหมาย | ระดับ คะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 | 1 | ✓ | | | | | 2 | ✓ | ✓ | | | | 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| ระดับ คะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ค้นหาและจัดทำทำเนียบของสถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาต | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ประเมินและส่งเสริมสถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาตด้วยเกณฑ์ GMP และรายงานข้อมูลแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | กำหนดสถานที่ผลิตอาหารและผลิตภัณฑอาหารเป้าหมายตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและปัญหาในพื้นที่ของจังหวัดสตูล รอบที่ 1/2568 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | มีแผนการดำเนินงานตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับอนุญาตและผลิตภัณฑอาหาร | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | ผลการดำเนินงานตามแผน ตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑอาหาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าเป้าหมาย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระดับ คะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|
| | 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| | 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | ขั้นตอน | คำอธิบาย | | | | |
| | 1 | กำหนดสถานที่ผลิตอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารเป้าหมายตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและปัญหาในพื้นที่ของจังหวัดสตูล รอบ 2/2568 | | | | |
| | 2 | ผลการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารไม่น้อยกว่า ร้อยละ 45 และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ผลการตรวจ สถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์อาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 | | | | |
| | 3 | ผลการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ผลการตรวจ สถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์อาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75 | | | | |
| | 4 | ผลการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75 และเก็บตัวอย่างผลิตอาหาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ผลการตรวจ สถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์อาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85 | | | | |
| | 5 | ผลการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และเก็บตัวอย่างอาหาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลการตรวจ สถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์อาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | 1. รายงานผลการประเมินและส่งเสริมสถานที่ผลิตอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาตในรูปแบบหนังสือราชการ 2. รายงานผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์อาหารจากหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (mobile unit) จังหวัดสงขลา 3. รายงานผลการดำเนินงานในรูปแบบหนังสือราชการจากระดับอำเภอพร้อมแนบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารตามเกณฑ์ GMP 3.1 ตส.1 (63) แบบสรุปผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร (Audit report) 3.2 ตส.2 (63) บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดพื้นฐาน 3.3 ตส.3 (63) บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดเฉพาะ 1 สำหรับการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแร่ธรรมชาติ หรือน้ำแข็งบริโภค ที่ผ่านกรรมวิธีการกรอง | | | | | |

| | 3.4 บันทึกการตรวจสถานที่คัดและบรรจุผักและผลไม้สด หมายเหตุ ตส.1 (63) และ ตส.2 (63) ใช้สำหรับทุกสถานที่ผลิตอาหาร และเพิ่ม ตส.3 (63) กรณีสถานที่ผลิตอาหาร | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|-------------------------------|-------|--|--------|-------|--------------------------|--|--|------|------|------|---------|-----------|-------|-------|-------|-----------|-----------|-------|-------|-------|
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนสถานที่ผลิตอาหารที่ผ่านมาตรฐาน B = จำนวนสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับการตรวจประเมินตามเกณฑ์ GMP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 2 | C = จำนวนผลิตภัณฑ์อาหารที่ผ่านมาตรฐาน D = จำนวนผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้รับการตรวจวิเคราะห์ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | รายการข้อมูลที่ 1 = $(A/B) \times 100$ รายการข้อมูลที่ 2 = $(C/D) \times 100$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ประเภท</th> <th rowspan="2">เกณฑ์</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>สถานที่</td> <td>≥ 90</td> <td>90.12</td> <td>97.50</td> <td>93.80</td> </tr> <tr> <td>ผลิตภัณฑ์</td> <td>≥ 90</td> <td>98.06</td> <td>96.70</td> <td>92.60</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | ประเภท | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ | | | 2565 | 2566 | 2567 | สถานที่ | ≥ 90 | 90.12 | 97.50 | 93.80 | ผลิตภัณฑ์ | ≥ 90 | 98.06 | 96.70 | 92.60 |
| ประเภท | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 2565 | 2566 | 2567 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สถานที่ | ≥ 90 | 90.12 | 97.50 | 93.80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผลิตภัณฑ์ | ≥ 90 | 98.06 | 96.70 | 92.60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ-สกุล : นางสุทธารณ์ รัชศรีทอง | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7472 3566 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 6481 6612 | | E-mail : satun_fda@yahoo.com | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ชื่อ-สกุล : นายสุเมธ พงศ์ดารา | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7472 3566 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 6481 6612 | | E-mail : satun_fda@yahoo.com | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นางสุขมาลย์ พัฒนศิริ | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7472 3566 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 6481 6612 | | E-mail : satun_fda@yahoo.com | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ตัวชี้วัดที่ 15 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล
(RDU Province)**

| | |
|-------------------------------|--|
| หน่วยวัด | ระดับความสำเร็จ |
| น้ำหนัก | 0.5 |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | <input type="checkbox"/> ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. <input type="checkbox"/> ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 <input checked="" type="checkbox"/> ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล <input type="checkbox"/> ภารกิจกลุ่มงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ |
| คำนิยามตัวชี้วัด | <p>1. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสมโดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถใช้อาหารในการดูแลสุขภาพตนเองตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง</p> <p>2. ยา หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้เป็นยาตาม กฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา</p> <p>3. โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอหรือจังหวัด โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน โดยมีผลการดำเนินการผ่านตามเกณฑ์ใน 3 ข้อ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) RDU hospital การพัฒนาโรงพยาบาลให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (2) RDU pcu การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ/รพ.สต.ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (3) RDU community การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน <p>4. จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) หมายถึง หมายถึง จังหวัด หรือพื้นที่ทางการปกครองใด ๆ ตามกฎหมาย ที่มีอำเภอหรือเขตที่เป็นไปตามเกณฑ์ “อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (RDU district)</p> <p>5. อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน</p> |

| ซึ่งมีหัวข้อ รายละเอียดและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ ดังนี้ | | |
|---|--|--|
| หัวข้อ | รายละเอียด | สิ่งที่ต้องมี |
| คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับอำเภอ | คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับอำเภอเพื่อขับเคลื่อน สู่จังหวัดใช้ยาอย่างสม เหตุผล | คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อน สู่จังหวัดใช้ยาอย่างสม เหตุผล เป็นคำสั่ง คณะทำงานขับเคลื่อนการ พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่าง สมเหตุผล ซึ่งมีองค์ประกอบ หลักจากแต่ละอำเภอ ซึ่ง ประกอบด้วยแพทย์ “RDU doctor” เภสัชกร “RDU coordinator” ระดับ จังหวัด และ RDU coordinator จากระดับ อำเภอหรือตำบล |
| การพัฒนาโรงพยาบาลให้มี การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) | การพัฒนาโรงพยาบาลให้มี การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) อย่างน้อย 10 ข้อ ใน 12 ข้อกำหนด | ต้องผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 10 ข้อ จาก 12 ข้อ ดังนี้ 1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ (RI) \leq 20% 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) \leq 20% 3. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในแผลสด (FTW) \leq 50% 4. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในคลอดแบบปกติ (APL) \leq 10% 5. การใช้ยา RAS Blockade ร่วมกัน 2 ชนิดในผู้ป่วยความดัน |



| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | | | <p>เลือดสูง =0</p> <p>6. การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป $\leq 10\%$</p> <p>7. การใช้ยา Metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน $\geq 80\%$</p> <p>8. การใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน $\leq 5\%$</p> <p>9. การใช้ยา Inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยหอบหืด $\geq 80\%$</p> <p>10. การใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ในผู้ป่วยสูงอายุ $\leq 5\%$</p> <p>11. การใช้ยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็ก RI $\leq 20\%$</p> <p>12. การใช้ยาห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ = 0</p> | |
| | <p>การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU pcu)</p> | <p>การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU pcu) ในกลุ่มโรค upper respiratory tract infection และ Acute diarrhea อย่างน้อย ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด</p> | <p>รพ.สต./สถานบริการปฐมภูมิ มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรค upper respiratory tract infection และ Acute diarrhea $\leq 20\%$</p> | |

| | <p>การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)</p> | <p>การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) โดยกำหนดให้มีร้อยละ 10 ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย 2 ตำบลในอำเภอผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU)</p> | <p>กำหนดให้ร้อยละ 10 ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย 2 ตำบลในอำเภอผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---|---|--------------|------------------------------------|--|--|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|---|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---------|----------|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| <p>เกณฑ์การให้คะแนน</p> | <p>กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ตามระดับความสำเร็จของการดำเนินงานจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province)</p> <p>รอบ 6 เดือน</p> <table border="1" data-bbox="448 864 1455 1951"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระดับคะแนน</th> <th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th>ขั้นตอนที่ 1</th> <th>ขั้นตอนที่ 2</th> <th>ขั้นตอนที่ 3</th> <th>ขั้นตอนที่ 4</th> <th>ขั้นตอนที่ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <th>ขั้นตอน</th> <th colspan="5">คำอธิบาย</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td colspan="5">มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td colspan="5">จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน RDU province</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td colspan="5">มีแผนการพัฒนางาน RDU hospital/RDU pcu และร้านชำคุณภาพของอำเภอ</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td colspan="5">มีแผนการพัฒนางาน RDU hospital/RDU pcu มีแผนการดำเนินงานร้านชำคุณภาพของอำเภอ รพ. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 1-5 ข้อ รพ.สต.ผ่านตัวชี้วัด RDU pcu < ร้อยละ 30</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td colspan="5">มีแผนการพัฒนางาน RDU hospital/RDU pcu มีแผนการดำเนินงานร้านชำคุณภาพของอำเภอ รพ. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital > 5 ข้อ รพ.สต.ผ่านตัวชี้วัด RDU PCU > ร้อยละ 30</td> </tr> </tbody> </table> | | | ระดับคะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 | 1 | ✓ | | | | | 2 | ✓ | ✓ | | | | 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | | 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ขั้นตอน | คำอธิบาย | | | | | 1 | มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ | | | | | 2 | จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน RDU province | | | | | 3 | มีแผนการพัฒนางาน RDU hospital/RDU pcu และร้านชำคุณภาพของอำเภอ | | | | | 4 | มีแผนการพัฒนางาน RDU hospital/RDU pcu มีแผนการดำเนินงานร้านชำคุณภาพของอำเภอ รพ. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 1-5 ข้อ รพ.สต.ผ่านตัวชี้วัด RDU pcu < ร้อยละ 30 | | | | | 5 | มีแผนการพัฒนางาน RDU hospital/RDU pcu มีแผนการดำเนินงานร้านชำคุณภาพของอำเภอ รพ. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital > 5 ข้อ รพ.สต.ผ่านตัวชี้วัด RDU PCU > ร้อยละ 30 | | | | |
| ระดับคะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ขั้นตอน | คำอธิบาย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน RDU province | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | มีแผนการพัฒนางาน RDU hospital/RDU pcu และร้านชำคุณภาพของอำเภอ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | มีแผนการพัฒนางาน RDU hospital/RDU pcu มีแผนการดำเนินงานร้านชำคุณภาพของอำเภอ รพ. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 1-5 ข้อ รพ.สต.ผ่านตัวชี้วัด RDU pcu < ร้อยละ 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | มีแผนการพัฒนางาน RDU hospital/RDU pcu มีแผนการดำเนินงานร้านชำคุณภาพของอำเภอ รพ. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital > 5 ข้อ รพ.สต.ผ่านตัวชี้วัด RDU PCU > ร้อยละ 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| รอบ 12 เดือน | | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ระดับ คะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | |
| | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 |
| 1 | ✓ | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ขั้นตอน | คำอธิบาย | | | | |
| 1 | 1. รพ. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 1-9 ข้อ 2. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD ≤ 50 3. ร้อยละร้านชำคุณภาพเทียบกับร้านชำทั้งหมดในทุกตำบล < 10 | | | | |
| 2 | 1. รพ.ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 1-9 ข้อ 2. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD เท่ากับ 51-79 3. ร้อยละร้านชำคุณภาพเทียบกับร้านชำทั้งหมดในทุกตำบล ≥ 10 | | | | |
| 3 | 1. รพ. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 1-9 ข้อ 2. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD > 80 3. ร้อยละร้านชำคุณภาพเทียบกับร้านชำทั้งหมดในทุกตำบล ≥ 10 | | | | |
| 4 | 1. รพ.ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 10-12 ข้อ 2. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD > 80 3. ร้อยละร้านชำคุณภาพเทียบกับร้านชำทั้งหมดในทุกตำบล ≥ 10 | | | | |
| 5 | 1. รพ.ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 10-12 ข้อ 2. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD > 80 3. ร้อยละร้านชำคุณภาพเทียบกับร้านชำทั้งหมดในทุกตำบล ≥ 20 | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | 1. ตัวชี้วัด RDU hospital และ RDU pcu จาก HDC ข้อมูลจากตัวชี้วัดตามสาขา service plan RDU 2. ตัวชี้วัด RDU community ประเมินโดยใช้แบบประเมินร้านชำคุณภาพ (เอกสารแนบ 1) | | | | |



| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|
| รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน | ตามเอกสารแนบ 2 | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ-สกุล : นางสาวอารีวรรณ ไชยรักษ์ | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7472 3566 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 6481 6612 | E-mail : satun_fda@yahoo.com |
| | ชื่อ-สกุล : นางสาววรินญา แซ่ตัน | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7472 3566 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 6481 6612 | E-mail : satun_fda@yahoo.com |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นางสุขมาลย์ พัฒนศิริ | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 7472 3566 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 6481 6612 | E-mail : satun_fda@yahoo.com |



แบบประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพ จังหวัดสตูล ประจำปี 2568

ชื่อร้าน.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....ตั้งอยู่เลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสตูล โทร.....
.....

| หัวข้อประเมิน และให้คะแนน 0 - 1 - 2 คะแนน | 0 | 1 | 2 | ปัญหาที่พบ |
|---|-----------------|---|---|------------------------------|
| 1. ไม่พบการจำหน่ายยาแผนปัจจุบันประเภท ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ* | | | | |
| 2. ไม่พบการจำหน่ายยาชุด ยาปฏิชีวนะ ยาต้านการอักเสบ (NSAIDs)* | | | | |
| 3. ไม่พบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่มีทะเบียน* | | | | |
| *ข้อ 1, 2, 3 เป็นข้อบกพร่องสำคัญ หากได้คะแนน 0 ต้องมีการตรวจซ้ำเพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง ในครั้งถัดไป | | | | |
| 4. ไม่พบการโฆษณาที่ไม่ได้รับอนุญาต | | | | |
| 5. ไม่มียาที่หมดอายุ หรือยาเสื่อมคุณภาพ | | | | |
| 6. ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีเครื่องหมาย ออย. ระบุสถานที่ผลิต วันหมดอายุ ทุกรายการ (ถูกต้องทุกรายการ = 2 คะแนน, ไม่ถูกต้อง < 5 รายการ = 1 คะแนน, ไม่ถูกต้อง ≥ 5 รายการ = 0 คะแนน) | | | | |
| 7. ไม่พบการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารที่โอ้อวดเกินจริง และฝ่าฝืนกฎหมาย | | | | |
| 8. ไม่พบอาหารหมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพ | | | | |
| 9. ไม่พบเครื่องสำอางหมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพ | | | | |
| 10. เครื่องสำอางที่วางจำหน่ายมีฉลากภาษาไทยถูกต้องครบถ้วน ทุกรายการ (ถูกต้องทุกรายการ = 2 คะแนน, ไม่ถูกต้อง < 5 รายการ = 1 คะแนน, ไม่ถูกต้อง ≥ 5 รายการ = 0 คะแนน) | | | | |
| 11. ไม่พบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ที่ผิดกฎหมาย | | | | |
| 12. ผู้ประกอบการสามารถปฏิบัติหรือตอบคำถามได้ดังนี้ (คำถามละ 1 คะแนน) - ค้นหาเลขสารบบอาหาร (เลข ออย.) จากฉลากอาหาร () ได้ () ไม่ได้ - สามารถบอกวันผลิต วันหมดอายุ และรุ่นการผลิตในฉลากอาหารได้ () ได้ () ไม่ได้ - ค้นหาเลขจดแจ้งของเครื่องสำอางบนฉลาก () ได้ () ไม่ได้ - บอกชื่อยาสามัญประจำบ้านที่ขายได้ในร้านชำจำนวน 2 รายการ () ได้ () ไม่ได้ | | | | |
| คะแนนเต็ม 26 คะแนน | รวมคะแนน | | | = _____ คะแนนคิดเป็น _____ % |

รายละเอียดปัญหาผลิตภัณฑ์ที่พบ (ถ้ามี)

.....
.....
.....

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน โดยร้านชำคุณภาพจะต้องมีคะแนนประเมินร้อยละ 80

ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพคะแนน ≥ ร้อยละ 80 (ได้คะแนนไม่น้อยกว่า 21 คะแนน)

ไม่ผ่านเกณฑ์ คะแนน < ร้อยละ 80 หรือได้คะแนนเป็น 0 ใน ข้อ 1, 2 หรือข้อ 3

ในการตรวจครั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่มาทำการตรวจมิได้ทำให้ทรัพย์สินที่อยู่ในสถานที่สูญหายหรือเสียหายแต่อย่างใด และอ่านให้ฟังแล้วขอรับรองว่าถูกต้อง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ



ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน ๑
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน ๒
(.....)



| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | ตัวชี้วัด | ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ตามปีงบประมาณ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|--------------|-------------|---------------|--------------|----------------|----------------|------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|------------------|----------------|--------------|
| | | 2564 | | | | | | | 2565 | | | | | | | 2566 | | | | | | |
| | | สตูล | ควนโดน | ควนกาหลง | ท่าแพ | ละงู | ทุ่งหว้า | มะนัง | สตูล | ควนโดน | ควนกาหลง | ท่าแพ | ละงู | ทุ่งหว้า | มะนัง | สตูล | ควนโดน | ควนกาหลง | ท่าแพ | ละงู | ทุ่งหว้า | มะนัง |
| RDU Hospital | จำนวนตัวชี้วัด RDU hospital ที่โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ | 6 ข้อ | 12 ข้อ | 10 ข้อ | 10 ข้อ | 7 ข้อ | 8 ข้อ | 9 ข้อ | 6 ข้อ | 11 ข้อ | 10 ข้อ | 9 ข้อ | 8 ข้อ | 9 ข้อ | 8 ข้อ | 7 ข้อ | 10 ข้อ | 9 ข้อ | 10 ข้อ | 8 ข้อ | 10 ข้อ | 7 ข้อ |
| RDU pcu | ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD | 85 (17/20) | 100 (4/4) | 100 (7/7) | 100 (6/6) | 90.91 (10/11) | 100 (7/7) | 75 (3/4) | 85 (17/20) | 100 (4/4) | 85.71 (6/7) | 83.33 (5/6) | 90.91 (10/11) | 100 (7/7) | 100 (4/4) | 80 (16/20) | 100 (4/4) | 100 (7/7) | 100 (6/6) | 90.91 (10/11) | 85.71 (6/7) | 100 (4/4) |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|-------------|
| RDU Community | ร้อยละของ ตำบลที่มี ร้านชำ คุณภาพ | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | 8.33 (1/12) | 25 (1/4) | 33.33 (1/3) | 25 (1/4) | 16.66 (1/6) | 20 (1/5) | 50 (1/2) |
|------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|-------------|

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | ผลการดำเนินงาน ปี 2567 | | | | | | |
|---------------|---|------------------------|-------------|----------------|--------------|-----------------|----------------|-------------|
| | | สตูล | ควนโดน | ควน กาหลง | ท่าแพ | ละงู | ทุ่งหว้า | มะนัง |
| RDU Hospital | โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลผ่าน เกณฑ์จำนวน 10-12 ข้อ | 8 ข้อ | 9 ข้อ | 10 ข้อ | 10 ข้อ | 7 ข้อ | 10 ข้อ | 8 ข้อ |
| RDU pcu | ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD | 85 (17/20) | 75 (3/4) | 85.71 (6/7) | 100 (6/6) | 81.82 (9/11) | 85.71 (6/7) | 50 (2/4) |
| RDU Community | จำนวนตำบลที่มีร้านชำคุณภาพ | 12/12 | 4/4 | 3/3 | 4/4 | 5/5 | 6/7 | 2/2 |

ตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษา ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หน่วยวัด: ร้อยละ 45

น้ำหนัก : 0.5

คำอธิบาย

1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้าน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการสถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระ เกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

03 สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.)

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม

04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน

08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล

13 ศูนย์บริการสาธารณสุข

18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการ ป้องกันโรครักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร

- การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับ ผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- ยาแผนไทยที่มี گیاهปรุงผสม گیاهทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อ นำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือ ส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ

- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ

- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ

- การบำบัดมือเกลือ

- การพอกยาสมุนไพร

- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติม

รหัสภายหลัง

- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย

1. โรคสตรี: U50 ถึง U52
2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55
3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60
4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72
5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75

รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)

- 1100 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 1101 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน
- 11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่บ้าน
- 11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านมที่บ้าน
- 11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่นที่บ้าน
- 1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือที่บ้าน
- 11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน
- 1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
- 11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน
- 11071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริหารท่าด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
- 1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน
- 11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน

11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน

รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)

11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)

11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย
นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น

11102 การให้บริการสมาธิบำบัด

11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)

11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)

11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)

11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)

11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Carb Diet)

11112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)

11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น

11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)

11181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น

11182 การให้บริการกัวซา (Guasa)

11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกาย
ด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อ
สุขภาวะที่ดี)

3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์
ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการ
เพิ่มเติมรหัสภายหลัง

รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน

1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78

2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification /
Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79**หน้าที่ระดับจังหวัด**

1. กำหนดและชี้แจงนโยบาย และเป้าหมายในการดำเนินงานให้กับหน่วยบริการ
2. ประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน
3. ส่งเสริม สนับสนุนการจัดหาและการกระจายยาสมุนไพร หรือยาตำรับแผนไทยให้กับ
หน่วยบริการ
4. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างองค์ความรู้ด้านสมุนไพร หรือยาแผนไทยให้กับหน่วย
บริการ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้ผู้บริการในการเลือกใช้ยาแผนไทยในการดูแลสุขภาพ



5. รวบรวม ติดตาม รายงานผลการดำเนินงาน ตลอดจนสรุปผลการดำเนินงาน

หน้าที่ระดับอำเภอ

1. ให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาเบื้องต้น แก่ประชาชนที่เข้ารับบริการในผู้ป่วยนอก (OPD) รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน เช่น กิจกรรมบริการบุคคล การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน
3. ส่งเสริม สนับสนุนการใช้ยาสมุนไพร หรือตำรับยาแผนไทยในหน่วยบริการ โดยกำหนดให้หน่วยบริการมีการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย 10 รายการในการดูแลสุขภาพ
4. มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ พชอ. 3 หมอ ในการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น ผู้ป่วย NCD IMC LTC PC ปวด นอนไม่หลับ หลิงหลังคลอด ผู้สูงอายุ เป็นต้น

สูตรการคำนวณ

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

A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือ ส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือให้หัตถการแผนไทย (100-77-00 ถึง 999-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (100-79-00 ถึง 999-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทย ที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่งทั้งนี้ หากมีการลงหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)

B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79

เกณฑ์การให้คะแนน

| | |
|----------------|--------------------------------|
| ตัวชี้วัดผลงาน | เป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด |
|----------------|--------------------------------|



| | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมายร้อยละ 40) | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 |

เกณฑ์การประเมิน

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|--|---|--|--|
| ร้อยละ 42 | ร้อยละ 43 | ร้อยละ 44 | ร้อยละ 45 |
| <p>1. หน่วยบริการสาธารณสุขมีการส่งเสริมใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย 10 กลุ่มอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases) ให้ได้ตามมาตรฐาน CPG</p> <p>2. มีการจัดบริการอย่างน้อย 5 โรค/อาการ เช่น NCD LTC PC การดูแลหลังคลอด ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น (เฉพาะกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีแพทย์แผนไทย)</p> | <p>1. หน่วยบริการมีการใช้สมุนไพรทดแทน อย่างน้อย 3 รายการ</p> <p>2. หน่วยบริการมีการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย 5 กลุ่มอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases) ให้ได้ตามมาตรฐาน CPG</p> <p>3. ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 43</p> | <p>1. มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ พชอ. 3 หมอ ในการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>2. หน่วยบริการมีการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย 7 กลุ่มอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases) ให้ได้ตามมาตรฐาน CPG</p> <p>กรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีแพทย์แผนไทย)</p> | <p>หน่วยบริการมีการใช้ยาสมุนไพร 10 กลุ่มอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases) ให้ได้ตามมาตรฐาน CPG</p> <p>2. ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 45</p> |

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---------------|----------|------------------------------------|-------|-------|
| | | 2565 | 2566 | 2567 |
| รพ.สต. | ร้อยละ | | 41.42 | 57.97 |

แหล่งข้อมูล/วิธีเก็บข้อมูล



1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากการตรวจนิเทศงานของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

1. นางสาวจันทน์ โตะหลัง แพทย์แผนไทยชำนาญการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104

โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141

E-mail : panthai.satun@gmail.com

ผู้เก็บข้อมูล

1. นางสาวจันทน์ โตะหลัง แพทย์แผนไทยชำนาญการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104

โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141

E-mail : panthai.satun@gmail.com

2. นายณัฐดนัย สิทธิภาจิสกุล

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104

โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141

E-mail : panthai.satun@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases Symptoms มีการจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น

หน่วยวัด: ร้อยละ

เป้าหมาย : ร้อยละ 10

น้ำหนัก : 0.5

คำอธิบาย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัย Common Diseases and Symptoms ตาม 10 กลุ่มอาการที่กำหนดในสถานพยาบาล สาธารณสุขของรัฐทุกระดับ Common Diseases and Symptoms หมายถึง กลุ่มอาการ/โรคที่พบบ่อย 10 กลุ่มอาการดังนี้

| กลุ่มอาการ | ยาสมุนไพรที่ใช้ (นियามตามบัญชียาหลักแห่งชาติ) |
|--|--|
| 1. กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ M79.1(0-9) M179 M54.9(0-9) M25.5(0-9) M79.8(0-9) M62.6(0-9) | ยาแก้อักเสบี่เรียง สหัสธารา ไพล ลูกประคบ ยาพริก |
| 2. กลุ่มอาการไข้หวัด ไอ เสมหะ โควิด 19 J00 R09.8 J40 J42 J209 U07.1 U07.2 | ฟ้าทะลายโจร/สารสกัด ยาประสมมะแว้ง ยาแก้ไอมะขามป้อม ยาตรีผลา ยาปราบชมพูทวีป |
| 3. กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ R10.1 R14 K297 K259 | ขมิ้นชัน ธาตุอบเชย ชิง |
| 4. กลุ่มอาการท้องผูก/ริดสีดวงทวารหนัก K59.0 K64.0 K64.1 K64.2 | มะขามแขก ยาผสมเพชรสังฆาต ยาเพชรสังฆาต |
| 5. กลุ่มอาการวิงเวียน/คลื่นไส้ อาเจียน R42 H81.3 T75.3 | ยาชিং ยาหอมนวโกฐ ยาหอมอินทจักร์ |
| 6. กลุ่มอาการชาจากอัมพฤกษ์-อัมพาต 690 691 1692 1693 1694 G81 | ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น ยาทำลายพระสุเมรุ น้ำมันกัญชาสกัด CBD:THC 20:1 |
| 7. กลุ่มอาการทางผิวหนัง/แผล B360 R21 L50.9 B029 B009 B353 B354 B356 B372 T20.0 T20.1 T20.2 T21.0 T21.1 T21.2 T22.0 T22.1 T22.2 T23.0 T23.1 T23.2 T24.0 T24.1 T24.2 T25.0 T25.1 T25.2 | ยาพญายอ ยาวานหางจระเข้ ยาบัวบก ยาพลู ยาทิงเจอร์ทองพันชั่ง ยาเปลือกมังคุด |
| 8. อาการนอนไม่หลับ F51.0 G47.0 | ยาสุขไสยาสน์ น้ำมันกัญชา THC 2.0 mg/ml ยาหอมเทพจิตร |

| กลุ่มอาการ | ยาสมุนไพรมัที่ใช้ (นียมตามบัญญัติหลักแห่งชาติ) |
|--------------------------------|---|
| 9. กลุ่มอาการท้องเสีย A09.9 | ฟ้าทะลายโจร ยากล้วย ยาเหลืองปิดสมุทร |
| 10. กลุ่มอาการเบื่ออาหาร R63.0 | ยามะระขึ้นก น้ำมันกัญชา THC 2.0 mg/ml |

ยาสมุนไพรมั หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพรมั ตามบัญญัติหลักแห่งชาติตามรายการยาที่กำหนดให้ใช้ตามกลุ่มอาการ/กลุ่มโรคทั่วไป

แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้สั่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบัน (รหัสประเภทบุคลากร

01) เป็นผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพรมัทั้งยาเดี่ยว และยาดำรับ

แพทย์แผนไทยเป็นผู้สั่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพแพทย์แผนไทย (รหัสประเภทบุคลากร 085)

เป็นผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพรมัทั้งยาเดี่ยว และยาดำรับ

วิชาชีพอื่น ๆ เป็นผู้สั่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพอื่น ๆ (รหัสประเภทบุคลากร 03, 04, 05)

เป็นผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพรมัทั้งยาเดี่ยว และยาดำรับ

หน้าที่ระดับจังหวัด

- กำหนดและชี้แจงนโยบาย และเป้าหมายในการดำเนินงานให้กับหน่วยบริการ
- ประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน
- ส่งเสริม สนับสนุนการจัดหาและการกระจายยาสมุนไพรมั หรือยาดำรับแผนไทยให้กับหน่วยบริการ

4. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างองค์ความรู้ด้านสมุนไพรมั หรือยาแผนไทยให้กับหน่วยบริการ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้ผู้บริการในการเลือกใช้อยาแผนไทยในการดูแลสุขภาพ

- รวบรวม ติดตาม รายงานผลการดำเนินงาน ตลอดจนสรุปผลการดำเนินงาน

หน้าที่ระดับอำเภอ

1. ให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านรักษาเบื้องต้น แก่ประชาชนที่เข้ารับบริการในผู้ป่วยนอก (OPD) ที่ได้รับการวินิจฉัย ใน 10 กลุ่มอาการ Common Diseases and Symptoms

- ประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน

3. การกำหนดรายการยาสมุนไพรมัทดแทนยาแผนปัจจุบันในกลุ่มโรค/อาการทั่วไป อย่างน้อย 10 รายการ

4. มีการบูรณาการทำงานร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน และเครือข่าย ได้แก่ พชอ. 3 หมอ ในการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น ผู้ป่วย NCD IMC LTC PC นอนไม่หลับ หลงหลังคลอด ผู้สูงอายุ เป็นต้น

สูตรการคำนวณ

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

B

A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและ ส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีก่อนหน้า

B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีปัจจุบัน $((B-A)/A) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัดผลงาน | เป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด | | | | |
|---|--------------------------------|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |

เกณฑ์การประเมิน

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|--|---|--|---|
| <p>1. มีการประชุม วางแผนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ PTC/PCT/SP</p> <p>2. มีแนวทางการดำเนินงานและการกำหนดรายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในกลุ่มโรค/อาการทั่วไป อย่างน้อย 10 รายการ</p> | <p>1. มีการสื่อสารนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน สู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อสร้างการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ</p> <p>2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6</p> | <p>1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8</p> | <p>1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 10</p> |

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---|----------|------------------------------------|------|------|
| | | 2565 | 2566 | 2567 |
| ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มี การส่งจ่ายยา สมุนไพรเพิ่มขึ้น | ร้อยละ | - | - | - |

แหล่งข้อมูล/วิธีเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากการตรวจนิเทศงานของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

1. นางสาวจันทน์ง โต้ะหลัง แพทย์แผนไทยชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141
E-mail : panthai.satun@gmail.com

ผู้เก็บข้อมูล

1. นางสาวจันทน์ง โต้ะหลัง แพทย์แผนไทยชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141
E-mail : panthai.satun@gmail.com
2. นายณัฏฐ์ดนัย สิทธิภาจิรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141
E-mail : panthai.satun@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ 18 ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตาม
เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge และ GREEN & CLEAN Sub –
District Health Promoting Hospital

| | |
|------------------------|--|
| หน่วยวัด | ระดับขั้นความสำเร็จ |
| น้ำหนัก | 1.0 |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | (✓) ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน (✓) อื่น ๆ ประเด็นตรวจราชการฯ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 |
| คำนิยามตัวชี้วัด | คปสอ. ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท., รพช. และ รพ.สต.) ในแต่ละอำเภอ มีการ ดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ ผ่านกลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการ ประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) : รพ. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ในระดับดีเยี่ยม : รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital (GCSH) ยกกระดับจากผลการรับรองเดิม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 |

เกณฑ์การให้คะแนน

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

| ระดับคะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ(Milestone) | | | | |
|------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 |
| 1 | ✓ | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

เกณฑ์คะแนน

| ระดับคะแนน | คำอธิบาย |
|------------|---|
| 1 | มีการกำหนดนโยบาย แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital (GCHC สำหรับ รพ. + GCSH สำหรับ รพ.สต.) ในระดับอำเภอและระดับโรงพยาบาล |
| 2 | คปสอ. มีการพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital (GCHC + GCSH) อย่างมีส่วนร่วม เช่น การประชุมชี้แจง, การจัดอบรม เป็นต้น |
| 3 | โรงพยาบาล และ รพ.สต. มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านระบบออนไลน์ มีการดำเนินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital (GCHC + GCSH) และมีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อให้ครบถ้วนทุกสัปดาห์ |
| 4 | โรงพยาบาลได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ในระดับดีเยี่ยม และ รพ.สต.ได้รับการประเมินยกระดับตามเกณฑ์ Green & Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โดยคณะ กรรมการประเมิน สสจ. |
| 5 | คปสอ. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ในระดับดีเยี่ยม - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ฯ ยกเว้นจากผลการรับรองเดิมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 |

เกณฑ์เป้าหมาย (Small Success)

| 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 และจัดทีมคณะทำงานเพื่อดำเนินการตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (GCHC + GCSH)</p> <p>3.โรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p> | <p>1. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (GCHC + GCSH)</p> <p>2. โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอมิผลการประเมินตนเองผ่านตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (GCHC + GCSH)</p> <p>3. โรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอย</p> | <p>1. โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge โดย คกก.ประเมิน สสจ.สตูล</p> <p>2. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอได้รับการประเมินยกระดับตามเกณฑ์ Green & Clean Sub-district..Health Promoting Hospital โดย คกก. ประเมิน สสจ.สตูล</p> <p>3. โรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรม</p> | <p>คปสอ. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (ระดับดีเยี่ยม)</p> <p>1. โรงพยาบาลผ่านการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในระดับดีเยี่ยม</p> <p>2. รพ.สต. ผ่านการประเมินยกระดับตามเกณฑ์ฯ Green & Clean Sub-district Health Promoting</p> |



| | | | |
|---|--|--|--|
| | <p>ติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p> <p>4. รอบ 6 เดือน มีผลการดำเนินงานอยู่ในขั้นตอนที่ 3 (5 คะแนน)***</p> | <p>กำกับการณ์ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p> | <p>Hospital จากผลการรับรองเดิมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20</p> <p>3. โรงพยาบาลและรพ.สต. ทุกแห่ง มีการคีย์ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการณ์ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p> |
| <p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล</p> | <ol style="list-style-type: none"> การคีย์บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมกำกับการณ์ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) สำหรับโรงพยาบาล และ รพ.สต. ที่เว็บไซต์ https://e-manifest.anamai.moph.go.th สถานพยาบาลประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการประเมิน สสจ.สตูล ลงพื้นที่ประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานฯ และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในระบบออนไลน์ (ตามข้อ 5.2) และยืนยันข้อมูลส่งไปยังศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา สุ่มประเมินโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บันทึกข้อมูล รวมถึงอนุมัติผลการประเมินยืนยันผลผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital มายังสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมิน เพื่อรายงานผลเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของทุกเดือน และดึงข้อมูลรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง | | |
| <p>หมายเหตุ</p> | <ol style="list-style-type: none"> สำหรับโรงพยาบาล ดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ยกระดับจากผลการรับรองเดิม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 (เทียบกับปีฐาน พ.ศ. 2567) คิดจากจำนวน รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินรับรองตามมาตรฐานฯ ในปี 2567 เทียบกับผลการดำเนินงานยกระดับจากผลการรับรองเดิม ปีฐาน 2568 สำหรับ รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินรับรองในระดับมาตรฐาน คือ อำเภอเมือง จำนวน 2 แห่ง คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน และ รพ.สต.เกาะหลีเป๊ะ ให้ดำเนินการพัฒนาการ | | |



| | | |
|--|---|---|
| | ดำเนินงานและแจ้งความประสงค์ขอเข้ารับการประเมินรับรองจากทีมประเมินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นางสาววารภรณ์ เส้นสมมาตร | โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074 - 711071 ต่อ 309 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 089 - 7390726 | E-mail : Ta14.waraporn@gmail.com |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นายสุประพล บินตำมะหง | โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074 - 711071 ต่อ 309 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 089 - 4652035 | E-mail : grc.dae@gmail.com |

ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามกฎหมายกำหนด

| | |
|------------------------|---|
| หน่วยวัด | ระดับความสำเร็จ |
| น้ำหนัก | 0.5 |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | (✓) ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ |
| คำนิยามตัวชี้วัด | <p>สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้หรือทางสาธารณะ และมีใช้การขายของในตลาด 2. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ 3. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือนำไปบริโภคที่อื่น <p>มาตรฐาน SAN หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร สะอาดปลอดภัย ได้มาตรฐาน” (SAN) จำนวน 5 หมวด (20 ข้อ) ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> หมวด 1 สถานที่ (10 ข้อ) หมวด 2 อาหาร (5 ข้อ) หมวด 3 ภาชนะ (2 ข้อ) หมวด 4 บุคคล (2 ข้อ) หมวด 5 สัตว์ แมลงนำโรค (1 ข้อ) <p>มาตรฐาน SAN PLUS หมายถึง เกณฑ์รับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN (20 ข้อ) ผ่านการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ มือผู้สัมผัสอาหาร (10 ตัวอย่าง) โดยชุดตรวจสอบ อ.13 (SI2) และต้องผ่านเกณฑ์ประเมิน 9 ข้อ Plus ต้องผ่านทุกข้อ</p> |

เกณฑ์การให้คะแนน

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

| ระดับคะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ(Milestone) | | | | |
|------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 |
| 1 | ✓ | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

เกณฑ์คะแนน

| ระดับคะแนน | คำอธิบาย |
|------------|--|
| 1 | มีทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหารที่มีการขออนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งจากท้องถิ่นพร้อมแผนในการออกปฏิบัติงาน |
| 2 | พื้นที่ดำเนินการประสานงานกับท้องถิ่นเพื่อเตรียมการลงประเมินร่วมกันตามเป้าหมายที่ขออนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งที่ได้จากท้องถิ่น |
| 3 | พื้นที่ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการพัฒนาและรับรองสถานที่จำหน่ายอาหารให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (SAN) |
| 4 | สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับการประเมินรับรองจากทีมอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN ร้อยละ 60 และส่งผลการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล |
| 5 | สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับการประเมินรับรองจากทีมอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับ SAN ร้อยละ 60 และได้รับการสุ่มประเมิน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล |

เกณฑ์เป้าหมาย :

| | | | | |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| ปีงบประมาณ 66 | ปีงบประมาณ 67 | ปีงบประมาณ 68 | ปีงบประมาณ 69 | ปีงบประมาณ 70 |
| ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 |

หมายเหตุ : กำหนดค่าเป้าหมายตาม (ร่าง)กรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับวันที่ 3 ก.ค. 65)

เกณฑ์เป้าหมาย (Small Success) :

ปี 2568 : ร้อยละ 60 สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN

ระยะเวลาประเมินผล : รายไตรมาส รอบ 6,9 และ 12 เดือน (มีนาคม, มิถุนายน และ กันยายน 2568)

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|--|---|---|---|
| มีทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหารที่มีการขออนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้ง | สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน SAN ร้อยละ 40 | สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน SAN ร้อยละ 50 | สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน SAN ร้อยละ 60 |

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล/
แหล่งข้อมูล**

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงาน ผล การดำเนินงานตามตัวชี้วัดในรูปแบบฟอร์มที่กำหนดเป็นรายไตรมาส
2. ศูนย์อนามัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ GAP ในภาพรวมของ เขตสุขภาพ และจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป รวมทั้งการตรวจประเมินเชิงคุณภาพ พร้อม จัดส่งให้กรมอนามัย
3. กรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลฯ ระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส
4. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน

1. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
2. คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่
3. กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. คู่มือ การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561
5. แนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐาน SAN (สะอาด ปลอดภัย ได้มาตรฐาน)
6. คู่มือ การดำเนินการของหน่วยงานจัดอบรมตามประกาศอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร
7. คู่มือ หลักสูตรการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร

รายการข้อมูล 1

A = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

รายการข้อมูล 2

B = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$$= (A*100)/B$$

| รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|--|---------------|----------|---|------|------|
| | | | 2565 | 2566 | 2567 |
| | | | 1. สถานที่จำหน่าย อาหารผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน SAN (สะอาด ปลอดภัย ได้มาตรฐาน) | แห่ง | |
| 2. สถานที่จำหน่าย อาหารผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน SAN PLUS | แห่ง | 5 | 6 | 11 | |

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นางสุภัทร กาญจนกำเนิด | โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7471 1071 ต่อ 309 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 06 1972 8419 | E-mail : supat23@gmail.com |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นายสุประพล บินตำมะหง | โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7471 1071 ต่อ 309 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 08 9465 2035 | E-mail : grc.dae@gmail.com |

**ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐาน
การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม**

| | |
|------------------------|--|
| หน่วยวัด | ระดับความสำเร็จ |
| น้ำหนัก | 0.5 |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | (✓) ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 () ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ |
| คำนิยามตัวชี้วัด | <p>หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท. รพช. รพ.สต. และ PCU) ในแต่ละอำเภอ มีการดำเนินงานการบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้แก่ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพ ได้แก่ กลุ่มแรงงานในระบบ กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพ รวมถึงประชาชนที่ได้รับหรืออาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยกิจกรรมหลักประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องตามกฎหมาย พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562</p> <p>: รพช. / รพศ. ทุกแห่งผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับพื้นฐานขึ้นไป</p> <p>: รพ.สต. / PCU ผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 40</p> |

เกณฑ์การให้คะแนน

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

| ระดับคะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ(Milestone) | | | | |
|------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 |
| 1 | ✓ | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

เกณฑ์คะแนน

| ระดับคะแนน | คำอธิบาย |
|------------|--|
| 1 | มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ กำหนดนโยบาย แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดบริการ อหิวาต์และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล และมีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการ เฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบ อาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลตามหลักเกณฑ์ที่ กำหนด |
| 2 | มีการพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม เช่น การ ประชุมชี้แจง, การจัดอบรม เป็นต้น และมีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจาก การประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและ โรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด |
| 3 | หน่วยบริการสาธารณสุข มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอหิวาต์และ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ผ่านระบบออนไลน์ มีการดำเนินงานพัฒนาการ และมีการรายงานข้อมูล ผู้ป่วยและข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ.ควบคุม โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด |
| 4 | หน่วยบริการสาธารณสุขได้รับการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอหิวาต์และ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยคณะกรรมการประเมิน สสจ. มีการแนบเอกสารหลักฐานผลการดำเนินงาน เข้าสู่ระบบการประเมินออนไลน์อย่างครบถ้วน และมีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการเฝ้าระวัง โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด |
| 5 | หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอหิวาต์และ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - รพช. / รพศ. ผ่านเกณฑ์ฯ ในระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 - รพ.สต. / PCU ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 40 และมีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจาก สิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด |

เกณฑ์เป้าหมาย (Small Success)

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|--|---|---|---|
| <p>1. หน่วยบริการสาธารณสุข มีการแต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดนโยบาย แผนงาน ขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมและมีการพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม</p> <p>2. หน่วยบริการสาธารณสุข มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม เข้ารับการรักษา และรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เดือนละ 1 ครั้ง</p> | <p>1. หน่วยบริการสาธารณสุข ดำเนินงานตามแผนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</p> <p>2. รพ. และ รพ.สต. / PCU ในแต่ละอำเภออย่างน้อย ร้อยละ 40 มีผลการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</p> <p>3. หน่วยบริการสาธารณสุข มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม เข้ารับการรักษา และรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>4. รอบ 6 เดือน มีผลการดำเนินงานอยู่ในขั้นตอนที่ 3 (5 คะแนน)***</p> | <p>1. หน่วยบริการสาธารณสุข ดำเนินการแนบเอกสารหลักฐานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ในระบบประเมินออนไลน์อย่างครบถ้วน</p> <p>2. หน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดย กกก. ประเมิน สสจ.สตูล</p> <p>3. หน่วยบริการสาธารณสุข มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม เข้ารับการรักษา และรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เดือนละ 1 ครั้ง</p> | <p>1. รพช./รพศ ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับพื้นฐานขึ้นไป</p> <p>2. รพ.สต./PCU ในแต่ละอำเภอผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 40</p> <p>3. หน่วยบริการสาธารณสุข มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม เข้ารับการรักษา และรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เดือนละ 1 ครั้ง</p> |

| | |
|---|---|
| <p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล</p> | <p>แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :</p> <p>1. มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</p> <p>https://ohems.ddc.moph.go.th/hos/public/p_chart.php</p> |
|---|---|

| | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|
| | <p>2. คู่มือการดำเนินงานด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม https://ddc.moph.go.th/doed/publishbooksub.php?5</p> <p>3. หน่วยบริการสาธารณสุขประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ผ่านระบบออนไลน์ที่ เว็บไซต์ https://ohems.ddc.moph.go.th/hos/public/login.php</p> <p>4. คณะกรรมการประเมิน สสจ.สตูล ลงพื้นที่ประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานฯ และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในพื้นที่และบันทึกผลในระบบประเมินออนไลน์</p> <p>5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ยืนยันผลการประเมินซ้ำ</p> <p>6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา รวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขตและรายงานผลต่อกรมควบคุมโรค</p> | | | | |
| <p>หมายเหตุ</p> | <p>หมายเหตุ :</p> <p>1. สำหรับโรงพยาบาล ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมและยังไม่สิ้นอายุการรับรอง สามารถใช้ผลการรับรองเดิมได้</p> <p>2. รพ.สต. / PCU ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 40 คิดจากจำนวน รพ.สต. / PCU ที่ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ไปที่ผ่านเกณฑ์ การรับรองแล้วในปีก่อนหน้าและยังไม่สิ้นอายุการรับรอง รวมกับ จำนวน รพ.สต. / PCU ที่ ได้รับประเมินผ่านเกณฑ์การรับรองในปีงบประมาณ 2567 และในการรับรองจะมีอายุการ รับรอง 3 ปี จึงจะมีการประเมินซ้ำ</p> | | | | |
| <p>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="435 1198 933 1254">ชื่อ - สกุล : นายสันติพงษ์ ทองหอม</td> <td data-bbox="933 1198 1482 1254">โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7471 1071 ต่อ 309</td> </tr> <tr> <td data-bbox="435 1254 933 1310">โทรศัพท์มือถือ : 08 7474 7036</td> <td data-bbox="933 1254 1482 1310">E-mail : envocc.satun@gmail.com</td> </tr> </table> | ชื่อ - สกุล : นายสันติพงษ์ ทองหอม | โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7471 1071 ต่อ 309 | โทรศัพท์มือถือ : 08 7474 7036 | E-mail : envocc.satun@gmail.com |
| ชื่อ - สกุล : นายสันติพงษ์ ทองหอม | โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7471 1071 ต่อ 309 | | | | |
| โทรศัพท์มือถือ : 08 7474 7036 | E-mail : envocc.satun@gmail.com | | | | |
| <p>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน)</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="435 1310 933 1366">ชื่อ - สกุล : นายสุประพล บินตำมะหงง</td> <td data-bbox="933 1310 1482 1366">โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7471 1071 ต่อ 309</td> </tr> <tr> <td data-bbox="435 1366 933 1422">โทรศัพท์มือถือ : 08 9465 2035</td> <td data-bbox="933 1366 1482 1422">E-mail : grc.dae@gmail.com</td> </tr> </table> | ชื่อ - สกุล : นายสุประพล บินตำมะหงง | โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7471 1071 ต่อ 309 | โทรศัพท์มือถือ : 08 9465 2035 | E-mail : grc.dae@gmail.com |
| ชื่อ - สกุล : นายสุประพล บินตำมะหงง | โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7471 1071 ต่อ 309 | | | | |
| โทรศัพท์มือถือ : 08 9465 2035 | E-mail : grc.dae@gmail.com | | | | |

ตัวชี้วัดที่ 21 ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร

| ชื่อตัวชี้วัด | ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้(KM)ในองค์กร | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|----------------|------------------------------------|--------------|--------------|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|---|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|
| หน่วยวัด | ระดับความสำเร็จ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| น้ำหนัก | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยามตัวชี้วัด | <p>ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร หมายถึง หน่วยงานในสังกัด มีการรวบรวมองค์ความรู้ (KM) หรืองานวิจัย หรือ ผลงานทางวิชาการทุกประเภท ที่มีอยู่ในองค์กรซึ่งกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ โดยกำหนดให้ มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร อย่างน้อย คปสอ.ละ ๑ ครั้ง</p> <p>คำอธิบาย : องค์กร หมายถึง : คปสอ. ซึ่งประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข เช่นโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศสม. และ ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU)</p> <p>คำอธิบาย : จำนวนเรื่องของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร หมายถึง จำนวนเรื่องของการรวบรวมองค์ความรู้ (KM) งานวิจัยหรือผลงานทางวิชาการที่มีอยู่ในองค์กร (รพ./รพ.สต./ศสม./PCU) คปสอ.ละ 8 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัย/R2R /นวัตกรรม/CQI (Clinic และ Non-Clinic)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | <p>กำหนดเป็นระดับขั้น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="443 1518 1455 1921"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระดับ คะแนน</th> <th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th>ขั้นตอนที่ 1</th> <th>ขั้นตอนที่ 2</th> <th>ขั้นตอนที่ 3</th> <th>ขั้นตอนที่ 4</th> <th>ขั้นตอนที่ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> | ระดับ คะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 | 1 | ✓ | | | | | 2 | ✓ | ✓ | | | | 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | | 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ระดับ คะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 1 | มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการความรู้ของ คปสอ.ปัจจุบัน มีการวิเคราะห์ห้องค์ความรู้ (KM Focus Area) |
| 2 | มีแผนการจัดการความรู้ (KM) ในการขับเคลื่อน ผลงานวิชาการ ระดับ คปสอ. |
| 3 | มีดำเนินการตามแผนการจัดการความรู้(KM)ในการขับเคลื่อนผลงาน วิชาการในองค์กรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือการจัดการ ความรู้ เช่น การประชุม การถอดบทเรียน ชุมชนนักปฏิบัติ (Cop) เวที เสวนาโดยใช้เครื่อง Success Storytelling , dialog ฯลฯ |
| 4 | มีการรวบรวมเอกสาร ผลงานวิชาการ ตามจำนวนที่กำหนด |
| 5 | มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร (KM) ระดับอำเภอ/ระดับ จังหวัดมีการเผยแพร่องค์ความรู้ |

วิธีการวัด (รอบ 6 เดือน) มีข้อ 1-5

| ตัวชี้วัด ผลงาน (คะแนน) | ค่าเป้าหมาย | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ระดับ ความสำเร็จ ของการ จัดการความรู้ (KM ใน องค์กร | มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ การจัดการ ความรู้ที่เป็น ปัจจุบัน | มีข้อ 1 และ มีการ วิเคราะห์ องค์ความรู้ (KM Focus Area) / ปัญหา สุขภาพใน พื้นที่/ ปัญหาจาก การ ปฏิบัติงาน) | มีข้อ 1,2 และมี แผนการ ดำเนินการ จัดการ ความรู้(KM) ในการ ขับเคลื่อน ผลงาน วิชาการ ระดับ คปสอ. | มีข้อ 1,2,3 และมีการ ดำเนินการ ตาม แผนการ จัดการ ความรู้ (KM) ใน การ ขับเคลื่อน ผลงาน วิชาการ ระดับ คปสอ. | มีข้อ 1,2,3,4 และมีการ สรุปผล ตาม แผนการ จัดการ ความรู้ |

| | วิธีการวัด (รอบ 12 เดือน) | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|
| | ตัวชี้วัด ผลงาน (คะแนน) | ค่าเป้าหมาย | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ระดับ ความสำเร็จ ของการ จัดการ ความรู้ (KM) ในองค์กร | มีการ ดำเนินงาน ในขั้นตอนที่ 1-5 | มีการ ดำเนินงาน ในขั้นตอนที่ 1-5 และมี ผลงาน วิชาการ คป สอ.ละอย่าง น้อย 2 ผลงานส่ง เข้างาน วิชาการ ระดับ จังหวัด | มีการ ดำเนินงาน ในขั้นตอนที่ 1-5 และมี ผลงาน วิชาการ คป สอ.ละอย่าง น้อย 4 ผลงานส่ง เข้างาน วิชาการ ระดับ จังหวัด | มีการ ดำเนินงาน ในขั้นตอนที่ 1-5 และมี ผลงาน วิชาการ คป สอ.ละอย่าง น้อย 6 ผลงานส่ง เข้างาน วิชาการ ระดับ จังหวัด | มีการ ดำเนินงานใน ขั้นตอนที่ 1- 5 และมี ผลงาน วิชาการ คป สอ.ละอย่าง น้อย 8 ผลงานส่งเข้า งานวิชาการ ระดับจังหวัด | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | <ol style="list-style-type: none"> คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการความรู้ ผลการวิเคราะห์ห้องค์ความรู้ (KM Focus Area) แผนการจัดการความรู้ (KM) ในการขับเคลื่อนการจัดการความรู้ขององค์กร ระดับ คปสอ. ทะเบียนรายชื่อ R2R/ งานวิจัย/CQI และ นวัตกรรม ที่ดำเนินงาน สรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือการจัดการความรู้ เอกสาร R2R/ งานวิจัย/CQI และ นวัตกรรม โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร (KM) ระดับอำเภอ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร (KM) ระดับจังหวัด ช่องทางการเผยแพร่องค์ความรู้ | | | | | |
| รายการข้อมูล 1 | - | | | | | |
| รายการข้อมูล 2 | - | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | - | | | | | |



| รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน | ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา | | |
|--|---|--|-------------------------|------|------|
| | | | ปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
| | | | 2565 | 2566 | 2567 |
| | จำนวนผลงานทางวิชาการที่มีอยู่ องค์กร | เรื่อง | 78 | 97 | 63 |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นางสาวนุสรา เจ๊ะสัน | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 105 | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 063-0810293 | E-mail : nussara.nuchy131@gmail.com | | | |
| | ชื่อ - สกุล : นางสาวชนนรีภัก ถาวรบุญ | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 087-9691321 | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 087-9691321 | E-mail : yayeeas@gmail.com | | | |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นางปวีณา เหมรา | โทรศัพท์ที่ทำงาน: . 074-711071 ต่อ 105 | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 086-9585974 | E-mail : nameple22@gmail.com | | | |

ตัวชี้วัดที่ 22 ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

| | |
|------------------------|---|
| หน่วยวัด | ร้อยละ |
| น้ำหนัก | 0.5 |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ |
| คำนิยามตัวชี้วัด | <p>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิหมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU รวม 31 ทีม) ของแต่ละ คปสอ. มีกระบวนการดำเนินงาน/พัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีเกณฑ์ประเมิน 8 ส่วนดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ</p> <p>ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ</p> <p>ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม</p> <p>ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ</p> <p>ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)</p> <p>ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p> |
| เกณฑ์การให้คะแนน | <p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>วิธีการวัด ในรอบที่ 1 (รอบ 3 เดือน และ 6 เดือน)</p> <p>ตัวชี้วัดผลงาน วัดจากกระบวนการดำเนิน/การพัฒนางานใน 5 กิจกรรมหลัก คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีทำแผนปฏิบัติการประจำปี และ แนวทางการดำเนินงานสู่การปฏิบัติ 2. มีการถ่ายทอดแผนงาน/KPI และแนวทางการดำเนินงานสู่การปฏิบัติแก่ผู้รับผิดชอบงาน 3. คปสอ.มีผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 4. มีคำสั่งทีมคณะกรรมการคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิระดับอำเภอ 5. มีผลการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิระดับอำเภอตามเกณฑ์ ทั้ง 8 ส่วน อย่างน้อย 1 ทีม/คปสอ. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อ)</p> | <p>เกณฑ์การให้คะแนน</p> | | |
| | <p>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> | <p>ดำเนินการข้อ 1 ดำเนินการข้อ 1,2 ดำเนินการข้อ 1,2,3 ดำเนินการข้อ 1,2,3 และ 4 ดำเนินการข้อครบทั้ง 5 ข้อ</p> | <p>เท่ากับ 1 คะแนน เท่ากับ 2 คะแนน เท่ากับ 3 คะแนน เท่ากับ 4 คะแนน เท่ากับ 5 คะแนน</p> |
| <p>วิธีการวัด ในรอบที่ 2 (รอบ 9 เดือน และ 12 เดือน)</p> | | | |
| <p>ระดับคะแนน</p> | <p>ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU)ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> | | |
| <p>1</p> | <p>PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง 8 ส่วน ร้อยละ 1-20</p> | | |
| <p>2</p> | <p>PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง 8 ส่วน ในแต่ละอำเภอ ร้อยละ 21-30</p> | | |
| <p>3</p> | <p>PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง 8 ส่วน ร้อยละ 31-40</p> | | |
| <p>4</p> | <p>PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง 8 ส่วน ร้อยละ 41-49</p> | | |
| <p>5</p> | <p>PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง 8 ส่วน ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p> | | |
| <p>หมายเหตุ กรณี NPCU ประเมินเฉพาะแม่ข่าย</p> | | | |

| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | 1. แบบรายงานกระบวนการดำเนินงาน รายไตรมาส 2. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายปฐมภูมิทุกแห่งประเมินตนเองตามเกณฑ์ ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในระบบทาง https://pcustandard.moph.go.th/ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|------|--|---------------|--------------|--|--|--|------|------|------|--|--------|---|---|---|
| รายการข้อมูล 1 | A= จำนวนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 2 | B= จำนวนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งหมด | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 40%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">หน่วย วัด</th> <th colspan="3" style="width: 40%;">ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">2565</th> <th style="width: 10%;">2566</th> <th style="width: 10%;">2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">ระดับความสำเร็จของการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและ มาตรฐานในการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Baseline data | หน่วย วัด | ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ. | | | 2565 | 2566 | 2567 | ระดับความสำเร็จของการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและ มาตรฐานในการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ | ร้อยละ | - | - | - |
| Baseline data | หน่วย วัด | ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 2565 | 2566 | 2567 | | | | | | | | | | | | | | |
| ระดับความสำเร็จของการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและ มาตรฐานในการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ | ร้อยละ | - | - | - | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : น.ส.ชนนรัก ถาวรบุญ | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 105 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 087-9691321 | | E-mail : yayeeas@gmail.com | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นางปวีณา เหมรา | | โทรศัพท์ที่ทำงาน: . 074-711071 ต่อ 105 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | โทรศัพท์มือถือ : 086-9585974 | | E-mail : nameple22@gmail.com | | | | | | | | | | | | | | | |

ตัวชี้วัดที่ 23 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) Catchment Area ต้นแบบ ดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด

| หน่วยวัด | ระดับความสำเร็จ | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|------------------|-----------|------------|--|--|---|---|---|---|---|---------|-----------|-----------|-----------|------------|
| น้ำหนัก | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล | | | | | | | | | | | | | | | |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. (✓) ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยามตัวชี้วัด | หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) Catchment Area ต้นแบบ มีการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพในหน่วยบริการ ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 6 เดือน | ระดับขั้นของความสำเร็จการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU/NPCU) Catchment Area ต้นแบบ โดยวัดคะแนนจากการดำเนินงาน ดังนี้ 1.กำหนดพื้นที่เป้าหมาย PCU/NPCU Catchment Area ต้นแบบของ คปสอ. 2.ชี้แจง/ถ่ายทอดตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด ให้กับหน่วยบริการในทีม PCU/NPCU Catchment Area ต้นแบบ และเครือข่ายบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ 3.มีการวางแผนการดำเนินงานพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด 4.มีการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด 5.มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในพื้นที่ PCU/NPCU Catchment Area ต้นแบบ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>มีข้อ 1</td> <td>มีข้อ 1-2</td> <td>มีข้อ 1-3</td> <td>มีข้อ 1-4</td> <td>มีข้อ 1- 5</td> </tr> </table> | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | มีข้อ 1 | มีข้อ 1-2 | มีข้อ 1-3 | มีข้อ 1-4 | มีข้อ 1- 5 |
| เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | |
| มีข้อ 1 | มีข้อ 1-2 | มีข้อ 1-3 | มีข้อ 1-4 | มีข้อ 1- 5 | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 12 เดือน | ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) Catchment Area ต้นแบบ ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด 5 ข้อใน 6 ข้อ ดังนี้ 1.หน่วยบริการปฐมภูมิในทีมผ่านเกณฑ์การประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 2.มีและใช้ ระบบ Telemedicine / สอน.บัดดี้ 3.มีแพทย์ FM/แพทย์ผ่านอบรมหลักสูตร อว. B/C S/C ปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 3-5 วัน 4.มีศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ในพื้นที่ PCU/NPCU 5. มีการดำเนินงาน DM remission ใน PCU/NPCU | | | | | | | | | | | | | | | |

| | <p>6.หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ในที่มี Best Practice /นวัตกรรม/ผลงานเด่นหรือ รูปแบบบริการ ในการดำเนินงาน ลดป่วย ลดตาย ลด แออัด ลดรอคอย อย่างน้อยทีมละ 1 ผลงาน</p> <table border="1" data-bbox="448 362 1468 582"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผ่านเกณฑ์ 1 ข้อ</td> <td>ผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ</td> <td>ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ</td> <td>ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ</td> <td>ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ ขึ้นไป</td> </tr> </tbody> </table> | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ผ่านเกณฑ์ 1 ข้อ | ผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ | ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ | ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ | ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ ขึ้นไป |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------|------|------|------------------|---|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------------|
| เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | |
| ผ่านเกณฑ์ 1 ข้อ | ผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ | ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ | ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ | ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ ขึ้นไป | | | | | | | | | | | | |
| <p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล</p> | <p>1. จากแบบรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัด MOU รอบ 6 เดือน รอบ 12 เดือน 2. รายงานผลการดำเนินงานจากการตรวจราชการ รอบที่ 1 รอบที่ 2</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>รายการข้อมูล 1</p> | <p>A,B,C = ระดับคะแนนของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) Catchment Area ต้นแบบ แต่ละแห่ง ของ คปสอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ ใน 6 ข้อ)</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>รายการข้อมูล 2</p> | <p>N = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) Catchment Area ต้นแบบ ทั้งหมด ในแต่ละ คปสอ.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p> | <p>ค่าเฉลี่ยคะแนน = (A+B+C+....) / N</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน</p> | <table border="1" data-bbox="448 1081 1468 1254"> <thead> <tr> <th rowspan="2">เกณฑ์</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผ่านเกณฑ์คุณภาพฯ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | | 2565 | 2566 | 2567 | ผ่านเกณฑ์คุณภาพฯ | - | - | - | | | | |
| เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2565 | 2566 | 2567 | | | | | | | | | | | | | |
| ผ่านเกณฑ์คุณภาพฯ | - | - | - | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> | <table border="1" data-bbox="448 1305 1468 1417"> <tr> <td>ชื่อ - สกุล : นางอัญชรีย์ สายพัทลุง</td> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 105</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์มือถือ : 065 - 6239164</td> <td>E-mail : Ancharee.sai@gmail.com</td> </tr> </table> | ชื่อ - สกุล : นางอัญชรีย์ สายพัทลุง | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 105 | โทรศัพท์มือถือ : 065 - 6239164 | E-mail : Ancharee.sai@gmail.com | | | | | | | | | | | |
| ชื่อ - สกุล : นางอัญชรีย์ สายพัทลุง | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 105 | | | | | | | | | | | | | | | |
| โทรศัพท์มือถือ : 065 - 6239164 | E-mail : Ancharee.sai@gmail.com | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน)</p> | <table border="1" data-bbox="448 1417 1468 1529"> <tr> <td>ชื่อ - สกุล : นางปวีณา เหมรา</td> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 105</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์มือถือ : 086 - 9585974</td> <td>E-mail : Name ple22@ gmail.com</td> </tr> </table> | ชื่อ - สกุล : นางปวีณา เหมรา | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 105 | โทรศัพท์มือถือ : 086 - 9585974 | E-mail : Name ple22@ gmail.com | | | | | | | | | | | |
| ชื่อ - สกุล : นางปวีณา เหมรา | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 105 | | | | | | | | | | | | | | | |
| โทรศัพท์มือถือ : 086 - 9585974 | E-mail : Name ple22@ gmail.com | | | | | | | | | | | | | | | |

ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละ 94 ของหน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมินความโปร่งใส ITA

| หน่วยวัด | ร้อยละ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------|--------------|-------------------------------------|--|--|--|---|---|--|----|----|----|----|----|
| น้ำหนัก | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มกฎหมาย | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยามตัวชี้วัด | การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นยุทธศาสตร์ประเด็นที่ 21 การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 90 ขึ้นไป โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่ ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข กำหนด | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | เกณฑ์การประเมิน: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส 1 (ระดับ 5/ ร้อยละ 80)</td> <td>ไตรมาส 2 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 84)</td> <td>ไตรมาส 3 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 89)</td> <td>ไตรมาส 4 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 94)</td> </tr> </tbody> </table> | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน | ไตรมาส 1 (ระดับ 5/ ร้อยละ 80) | ไตรมาส 2 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 84) | ไตรมาส 3 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 89) | ไตรมาส 4 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 94) | | | | | | | | |
| | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน | | | | | | | | | | | | | |
| ไตรมาส 1 (ระดับ 5/ ร้อยละ 80) | ไตรมาส 2 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 84) | ไตรมาส 3 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 89) | ไตรมาส 4 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 94) | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัดผลงาน</th> <th colspan="5">เป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</td> <td>74</td> <td>79</td> <td>84</td> <td>89</td> <td>94</td> </tr> </tbody> </table> | ตัวชี้วัดผลงาน | เป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | 74 | 79 | 84 | 89 | 94 |
| ตัวชี้วัดผลงาน | | เป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | |
| ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | 74 | 79 | 84 | 89 | 94 | | | | | | | | | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | การวัดการประเมินแบบเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ ของรพท.สตูล, รพช และ สสอ.ทุกแห่ง บันทึกข้อมูลผ่านในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต ของกระทรวงสาธารณสุข | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 ขึ้นไป(ใน 1 ปี) (จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 2 | B= จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (15 หน่วยงาน) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | AXB/100 | | | | | | | | | | | | | | | | |



| รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | |
|-----------------------------|-----------|----------------------------|-------|-------|
| | | 2565 | 2566 | 2567 |
| | ร้อยละ 92 | 100 | 93.33 | 86.67 |

| | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นางสาวนันทน์ภัสร์ ขาวดี | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 06-3695-6463 | E-mail : .kanfreedom@hotmail.com |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด (หัวหน้ากลุ่มงาน) | ชื่อ - สกุล : นายยุทธพงษ์ ตันทเสนีย์ | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 09-1846-8816 | E-mail : |

**ตัวชี้วัดที่ 25 ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการมีระดับความสำเร็จการดำเนินงาน
ด้านความมั่นคงปลอดภัย ไซเบอร์ (Cyber Security) ตามเกณฑ์**

น้ำหนัก : 0.5

คำอธิบาย : ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security) หมายถึง เทคโนโลยี, กระบวนการและวิธีปฏิบัติที่ถูกออกแบบมาเพื่อปกป้องเครือข่าย, อุปกรณ์, โปรแกรมและข้อมูลจากการโจมตี, ความเสียหายหรือการเข้าถึงจากบุคคลโดยไม่ได้รับอนุญาต

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินทางคอมพิวเตอร์ ด้วยระบบป้องกันตรวจจับ วิเคราะห์ และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์
2. เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบกรณีหน่วยงานถูกคุกคามทางไซเบอร์ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการประชาชน และอาจส่งผลต่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
3. เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโอกาสเกิดช่องโหว่ภัยคุกคามทางไซเบอร์
4. เพื่อให้ศูนย์ประสานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยระบบคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศด้านสาธารณสุข (HealthCERT) ได้รับการประสานงานอย่างรวดเร็ว และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์ได้ทันเวลา

กลุ่มเป้าหมาย

1. โรงพยาบาลทั่วไป
2. โรงพยาบาลชุมชน
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ระดับโรงพยาบาล/สสจ.

1. หน่วยงานดำเนินการปรับปรุงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และสารสนเทศตามเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ และประเมินตนเอง หรือให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ตรวจประเมิน (หากเป็นเอกชนต้องมีใบรับรองมาตรฐาน)
2. หน่วยงานส่งผลประเมินตนเองพร้อมหลักฐานให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ การตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับเขตสุขภาพ หรือ คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามช่องทางที่กำหนด ซึ่งจะแจ้งเวียนเป็นทางการต่อไป
3. คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับเขตสุขภาพ หรือ คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาให้ค่าคะแนนรายหน่วยงาน ระดับเขียว/สูง เหลือง/กลาง, แดง/ต่ำ และ ส่งผลให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ที่อีเมล health-cirt@moph.go.th ทุกวันพฤหัสบดี

4. กรณีหน่วยงานที่ผลประเมินระดับสูง (เขียว) ให้ส่งยืนยันการรักษาระดับรอบ 6 เดือน (มีนาคม) รอบ 9 เดือน (มิถุนายน) และ รอบ 12 เดือน (กันยายน) ไม่เกินวันพฤหัสบดีสุดท้ายของเดือน
ระดับ สสอ.และรพ.สต.

การเก็บข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเมินจากการเก็บข้อมูลจาก หน่วยบริการสุขภาพ โดยวิธีการประเมิน/ไฟล์เอกสารนำเสนอ

แหล่งข้อมูล :

ระดับโรงพยาบาล/สสจ. : Cybersecurity Dashboard (<https://ict.moph.go.th/th/extension/1524>)

ระดับ สสอ.และรพ.สต. : การเก็บข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล : เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

รพท./รพช. มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ หมายถึง เกณฑ์การประเมิน Cybersecurity Assessment Matrix เช่นเดียวกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

| เกณฑ์การประเมิน |
|--|
| 1. Backup 2. Antivirus Software 3. Access Control (Public and Private) 4. Privileged Access Management (PAM) |
| 5. Business Continuity Plan (BCP) and Disaster Recovery Plan (DRP) 6. OS Patching 7. Multi-Factor Authentication (2FA) 8. Web Application Firewall (WAF) 9. Log Management 10. Security Information & Event Management (SIEM) 11. Vulnerability Assessment (VA Scan) |
| 12. Software Update -> Optional 13. Penetration Testing -> Optional 14. Disaster Recovery site (DR) -> Optional |

สสอ./รพ.สต.

1. มีการจัดทำนโยบาย และระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยของระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT) เช่น การ Login ด้วย user ของเจ้าหน้าที่แต่ละคนในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย, การป้องกันการเข้าถึง เว็บไซต์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานทราบ

2. การควบคุมการดำเนินงาน

- 2.1 มีการเก็บเวชระเบียนผู้รับบริการที่มั่นคง ปลอดภัย และข้อมูลด้านสุขภาพรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (มีการตั้งรหัสเข้าใช้งานโปรแกรม)
- 2.2 มีการคุ้มครองข้อมูลและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ
- 2.3 มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของรพ.สต. อย่างน้อย ทุก 7 วัน
3. มีแผน/ระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และแผนรองรับเมื่อเครื่องมือมีปัญหา
4. ด้านบุคลากร (Personnel) มีการอบรมหรือแผนพัฒนาความรู้ด้านการดำเนินงานด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security) ในเจ้าหน้าที่ดูแลระบบข้อมูลสารสนเทศ อย่างน้อยปีงบประมาณละ 1 ครั้ง

เกณฑ์เป้าหมาย (Small Success)

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|--|---|--|
| โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ร้อยละ 100 (เฉพาะโรงพยาบาล) | หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ฯ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 (รพ./สสจ./สสอ./รพ.สต.) | หน่วยงานผ่านเกณฑ์ฯ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (รพ./สสจ./สสอ./รพ.สต.) | หน่วยงานผ่านเกณฑ์ฯ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 (รพ./สสจ./สสอ./รพ.สต.) |
| | ≥ร้อยละ 60 5 คะแนน | ≥ร้อยละ 80 5 คะแนน | ร้อยละ 100 5 คะแนน |
| | ≥ร้อยละ 50 4 คะแนน | ≥ร้อยละ 70 4 คะแนน | ≥ร้อยละ 90 4 คะแนน |
| | ≥ร้อยละ 40 3 คะแนน | ≥ร้อยละ 60 3 คะแนน | ≥ร้อยละ 80 3 คะแนน |
| | ≥ร้อยละ 30 2 คะแนน | ≥ร้อยละ 50 2 คะแนน | ≥ร้อยละ 70 2 คะแนน |
| | ≥ร้อยละ 20 1 คะแนน | ≥ร้อยละ 40 1 คะแนน | ≥ร้อยละ 60 1 คะแนน |

การคิดคะแนน :

| คะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| ผลดำเนินงาน | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 100 |

ตัวอย่าง $(202 / 902) \times 100 = 22.39$ คิดเป็น 1.12 คะแนน

$(875 / 902) \times 100 = 97.01$ คิดเป็น 4.85 คะแนน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

A = หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

B = จำนวนหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

คะแนนรวม = A/B

หมายเหตุ

- 1) ผลคำนวณเป็น 0 ให้ปัดเป็น 1
- 2) ทศนิยมตั้งแต่ .5 ขึ้นไปให้ปัดขึ้น

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4

วิธีการประเมินผล : ประเมินจากการเก็บข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---|----------|------------------------------------|------|------|
| | | 2565 | 2566 | 2567 |
| หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานความมั่นคง ปลอดภัย (ไซเบอร์) | แห่ง | - | - | - |

เอกสารสนับสนุน : เกณฑ์การประเมิน Cybersecurity Assessment Matrix เผยแพร่ที่เว็บไซต์
<https://cyber.moph.go.th/>

หลักฐานอ้างอิง/แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. แหล่งข้อมูล : ผลประเมิน รพ./สสจ. Cybersecurity Dashboard , สสอ./รพ.สต. กลุ่มงานสุขภาพ
ดิจิทัลประเมิน

2. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงานจริง

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายเกษม ไพรสุยน์ เบอร์ติดต่อ : 0-7471-1071 ต่อ 107

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายประณต มหาวิจิตร เบอร์ติดต่อ : 0-7471-1071 ต่อ 107

: นายสุขสันต์ มรรคาเขต เบอร์ติดต่อ : 0-7471-1071 ต่อ 107

: นายอิสมาแอล เตบสัน เบอร์ติดต่อ : 0-7471-1071 ต่อ 107

หน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ตัวชี้วัดที่ 26 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานดิจิทัลด้านสุขภาพ

น้ำหนัก : 1.0

คำอธิบาย : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานดิจิทัลด้านสุขภาพ โดยประเมินการมีข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพ คือถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา โดยประเมินความสำเร็จจากการดำเนินการพัฒนาปรับปรุงระบบข้อมูล และประสิทธิภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยงาน เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการของผู้บริหาร สนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และให้บริการสารสนเทศแก่ประชาชน จำนวน 5 ข้อ ดังนี้

| ขั้นตอนการดำเนินงาน | ข้อมูลเชิงประจักษ์ |
|--|---|
| 1. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPO) ประจำหน่วยงาน (รพ.สต./สสอ./รพ) | <input type="checkbox"/> มีคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPO) ประจำหน่วยงาน |
| 2. มีระบบการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (มีการดำเนินการตามรายละเอียดคำอธิบายอย่างน้อย 2 ข้อ) | <input type="checkbox"/> จำนวนโครงการ/กิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อพัฒนาความรอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ของบุคลากร/หน่วยงาน อย่างน้อย 1 โครงการ (หรือ 1 กิจกรรม) <input type="checkbox"/> จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (อย่างน้อยร้อยละ 80) <input type="checkbox"/> อัตราการเข้าถึงและการนำเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน มาใช้ประโยชน์ในการทำงานและการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงาน เช่น Google Sheet, Google Slide, Google Calendar, CANVA, Office 365 (อย่างน้อยร้อยละ 80 ของหน่วยงาน) <input type="checkbox"/> มีการนำข้อมูลและสารสนเทศของหน่วยงาน มาใช้ในการวิเคราะห์ และนำไปติดตามประเมินผล/วางแผน/ปรับปรุงพัฒนางานอย่างเป็นระบบ (ร้อยละ 80 ของหน่วยงาน) |
| 3. มีระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ (มีการดำเนินการครบทั้ง) | <input type="checkbox"/> หน่วยงานส่งรายงานการตรวจสอบและดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ ปีละ 1 ครั้ง |

| ขั้นตอนการดำเนินงาน | ข้อมูลเชิงประจักษ์ |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> มีการติดตามเฝ้าระวังการใช้งานระบบสารสนเทศของหน่วยงาน และตรวจตราการละเมิดความปลอดภัยที่มีต่อระบบข้อมูล ที่เป็นไปตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 <input type="checkbox"/> มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยธรรมชาติ |
| <p>4. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานนโยบายสำคัญ (30บาท รักษาทุกที่ฯ) และตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ (มีผลการดำเนินการตามรายละเอียดคำอธิบายผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย 2 ข้อ)</p> | <input type="checkbox"/> หน่วยบริการมีการจัดส่งข้อมูลบริการเข้าสู่ระบบทันเวลา อย่างน้อยร้อยละ 80 ของหน่วยบริการ <input type="checkbox"/> การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ โดยการยืนยันตัวตน - Provider ID ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 - Health ID ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (ผลงานในภาพรวม ระดับ คป.สอ.) <input type="checkbox"/> มีการเก็บพิกัด THAILAND HEALTH ATLAS ในผู้ป่วย 9 กลุ่มโรคไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (รพ./รพ.สต.) <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) 2. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) 4. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระยะยาว (Long Term Care) 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระยะกลาง (Intermediate Care) 6. การส่งเสริมและการป้องกันโรค (PP&p) 7. ผู้พิการ 8. การสอบสวนโรคติดต่อ 9. การดูแลผู้สูงอายุ อ้างอิง https://bit.ly/3ZpKzGv |

| ขั้นตอนการดำเนินงาน | ข้อมูลเชิงประจักษ์ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------|-----|-------|--------|-----|-------|----------|-----|-------|-------|-----|-------|------|-----|-------|----------|-----|-------|-------|-----|-------|----------------|-------|-------|
| | <input type="checkbox"/> หน่วยบริการมีการดำเนินการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด (Telemedicine) โดยดูผลงานจาก HDC <table border="1"> <tr><td>เมืองสตูล</td><td>655</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ควนโดน</td><td>171</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ควนกาหลง</td><td>215</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ท่าแพ</td><td>186</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ละงู</td><td>489</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ทุ่งหว้า</td><td>159</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>มะนัง</td><td>125</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>รวมทั้งจังหวัด</td><td>2,000</td><td>ครั้ง</td></tr> </table> | เมืองสตูล | 655 | ครั้ง | ควนโดน | 171 | ครั้ง | ควนกาหลง | 215 | ครั้ง | ท่าแพ | 186 | ครั้ง | ละงู | 489 | ครั้ง | ทุ่งหว้า | 159 | ครั้ง | มะนัง | 125 | ครั้ง | รวมทั้งจังหวัด | 2,000 | ครั้ง |
| เมืองสตูล | 655 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ควนโดน | 171 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ควนกาหลง | 215 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ท่าแพ | 186 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ละงู | 489 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ทุ่งหว้า | 159 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| มะนัง | 125 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รวมทั้งจังหวัด | 2,000 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. มีการพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนระบบการบริการที่ดีขึ้น (คป.สอ.) | <input type="checkbox"/> มีผลงานนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบเชิงประจักษ์อย่างน้อยอำเภอละ 1 นวัตกรรม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นจำนวนข้อ(ประเด็น)ของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ซึ่งพิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามประเด็นของแต่ละระดับคะแนน ดังนี้

| ระดับคะแนน | จำนวนข้อ(ประเด็น)ของความสำเร็จ (Milestone) | | | | |
|------------|--|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | ✓ | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

เกณฑ์เป้าหมาย (Small Success)

| ลำดับ | ประเด็น | แนวทางประเมิน | |
|-------|---|---|---|
| | | รอบ 6 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| 1 | 1. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPO) ประจำหน่วยงาน (รพ.สต./สสอ./รพ) | <input type="checkbox"/> มีคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPO) ประจำหน่วยงาน | <input type="checkbox"/> มีคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPO) ประจำหน่วยงาน |
| 2 | 2. มีระบบการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ | <input type="checkbox"/> จำนวนโครงการ/กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อพัฒนาความรอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ของบุคลากร/หน่วยงาน อย่างน้อย 1 โครงการ (หรือ 1 กิจกรรม) <input type="checkbox"/> จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (อย่างน้อยร้อยละ 80) <input type="checkbox"/> อัตราการเข้าถึงและการนำเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานมาใช้ประโยชน์ในการทำงานและการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงาน เช่น Google Sheet, Google Slide, Google Calendar, CANVA, Office 365 (อย่างน้อยร้อยละ 80 ของหน่วยงาน) <input type="checkbox"/> มีการนำข้อมูลและสารสนเทศของหน่วยงาน มาใช้ในการวิเคราะห์ และนำไปติดตามประเมินผล/วางแผน/ปรับปรุงพัฒนางานอย่างเป็นระบบ (ร้อยละ 80 ของหน่วยงาน) (มีการดำเนินการ อย่างน้อย 2 ข้อ) | <input type="checkbox"/> จำนวนโครงการ/กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อพัฒนาความรอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ของบุคลากร/หน่วยงาน อย่างน้อย 1 โครงการ (หรือ 1 กิจกรรม) <input type="checkbox"/> จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (อย่างน้อยร้อยละ 80) <input type="checkbox"/> อัตราการเข้าถึงและการนำเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานมาใช้ประโยชน์ในการทำงานและการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงาน เช่น Google Sheet, Google Slide, Google Calendar, CANVA, Office 365 (อย่างน้อยร้อยละ 80 ของหน่วยงาน) <input type="checkbox"/> มีการนำข้อมูลและสารสนเทศของหน่วยงาน มาใช้ในการวิเคราะห์ และนำไปติดตามประเมินผล/วางแผน/ปรับปรุงพัฒนางานอย่างเป็นระบบ (ร้อยละ 80 ของหน่วยงาน) (มีการดำเนินการ อย่างน้อย 3 ข้อ) |

| ลำดับ | ประเด็น | แนวทางประเมิน | |
|-------|--|---|--|
| | | รอบ 6 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| 3 | 3. มีระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ | <input type="checkbox"/> หน่วยงานส่งรายงานการตรวจสอบและดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ ปีละ 1 ครั้ง <input type="checkbox"/> มีการติดตามเฝ้าระวังการใช้งานระบบสารสนเทศของหน่วยงาน และตรวจตราการละเมิดความปลอดภัยที่มีต่อระบบข้อมูล ที่เป็นไปตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 <input type="checkbox"/> มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยธรรมชาติ (มีการดำเนินการครบทั้ง 3 ข้อ) | <input type="checkbox"/> หน่วยงานส่งรายงานการตรวจสอบและดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ ปีละ 1 ครั้ง <input type="checkbox"/> มีการติดตามเฝ้าระวังการใช้งานระบบสารสนเทศของหน่วยงาน และตรวจตราการละเมิดความปลอดภัยที่มีต่อระบบข้อมูล ที่เป็นไปตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 <input type="checkbox"/> มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยธรรมชาติ (มีการดำเนินการครบทั้ง 3 ข้อ) |
| 4 | 4. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานนโยบายสำคัญ (30บาท รักษาทุกที่ฯ) และตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ | <input type="checkbox"/> หน่วยบริการมีการจัดส่งข้อมูลบริการเข้าสู่ระบบทันเวลา อย่างน้อยร้อยละ 80 ของหน่วยบริการ <input type="checkbox"/> การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ โดยการยืนยันตัวตน - Provider ID ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 - Health ID ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 (ผลงานในภาพรวม ระดับ คป.สอ.) <input type="checkbox"/> มีการเก็บพิกัด THAILAND HEALTH ATLAS ในผู้ป่วย 9 กลุ่มโรคไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 (รพ./รพ.สต.) 1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) 2. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) | <input type="checkbox"/> หน่วยบริการมีการจัดส่งข้อมูลบริการเข้าสู่ระบบทันเวลา อย่างน้อยร้อยละ 80 ของหน่วยบริการ <input type="checkbox"/> การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ โดยการยืนยันตัวตน - Provider ID ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 - Health ID ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (ผลงานในภาพรวม ระดับ คป.สอ.) <input type="checkbox"/> มีการเก็บพิกัด THAILAND HEALTH ATLAS ในผู้ป่วย 9 กลุ่มโรคไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (รพ./รพ.สต.) 1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) 2. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) 4. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระยะยาว (Long Term Care) |

| ลำดับ | ประเด็น | แนวทางประเมิน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|---|---|-----|-------|--------|----|-------|----------|-----|-------|-------|----|-------|------|-----|-------|----------|----|-------|-------|----|-------|----------------|-------|-------|--|-----------|-----|-------|--------|-----|-------|----------|-----|-------|-------|-----|-------|------|-----|-------|----------|-----|-------|-------|-----|-------|----------------|-------|-------|
| | | รอบ 6 เดือน | รอบ 12 เดือน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>4. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระยะยาว (Long Term Care)</p> <p>5. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระยะกลาง (Intermediate Care)</p> <p>6. การส่งเสริมและการป้องกันโรค (PP&p)</p> <p>7. ผู้พิการ</p> <p>8. การสอบสวนโรคติดต่อ</p> <p>9. การดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>อ้างอิง https://bit.ly/3ZpKzGv</p> <p><input type="checkbox"/> หน่วยบริการมีการดำเนินการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด (Telemedicine) โดยดูผลงานจาก HDC</p> <table border="1"> <tr><td>เมืองสตูล</td><td>327</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ควนโดน</td><td>86</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ควนกาหลง</td><td>107</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ท่าแพ</td><td>93</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ละงู</td><td>245</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ทุ่งหว้า</td><td>80</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>มะนัง</td><td>63</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>รวมทั้งจังหวัด</td><td>1,000</td><td>ครั้ง</td></tr> </table> <p>(มีผลการดำเนินการตามรายละเอียดคำอธิบายผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย 2 ข้อ)</p> | เมืองสตูล | 327 | ครั้ง | ควนโดน | 86 | ครั้ง | ควนกาหลง | 107 | ครั้ง | ท่าแพ | 93 | ครั้ง | ละงู | 245 | ครั้ง | ทุ่งหว้า | 80 | ครั้ง | มะนัง | 63 | ครั้ง | รวมทั้งจังหวัด | 1,000 | ครั้ง | <p>5. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระยะกลาง (Intermediate Care)</p> <p>6. การส่งเสริมและการป้องกันโรค (PP&p)</p> <p>7. ผู้พิการ</p> <p>8. การสอบสวนโรคติดต่อ</p> <p>9. การดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>อ้างอิง https://bit.ly/3ZpKzGv</p> <p><input type="checkbox"/> หน่วยบริการมีการดำเนินการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด (Telemedicine) โดยดูผลงานจาก HDC</p> <table border="1"> <tr><td>เมืองสตูล</td><td>655</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ควนโดน</td><td>171</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ควนกาหลง</td><td>215</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ท่าแพ</td><td>186</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ละงู</td><td>489</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>ทุ่งหว้า</td><td>159</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>มะนัง</td><td>125</td><td>ครั้ง</td></tr> <tr><td>รวมทั้งจังหวัด</td><td>2,000</td><td>ครั้ง</td></tr> </table> <p>(มีผลการดำเนินการตามรายละเอียดคำอธิบายผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย 3 ข้อ)</p> | เมืองสตูล | 655 | ครั้ง | ควนโดน | 171 | ครั้ง | ควนกาหลง | 215 | ครั้ง | ท่าแพ | 186 | ครั้ง | ละงู | 489 | ครั้ง | ทุ่งหว้า | 159 | ครั้ง | มะนัง | 125 | ครั้ง | รวมทั้งจังหวัด | 2,000 | ครั้ง |
| เมืองสตูล | 327 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ควนโดน | 86 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ควนกาหลง | 107 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ท่าแพ | 93 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ละงู | 245 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ทุ่งหว้า | 80 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| มะนัง | 63 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รวมทั้งจังหวัด | 1,000 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เมืองสตูล | 655 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ควนโดน | 171 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ควนกาหลง | 215 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ท่าแพ | 186 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ละงู | 489 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ทุ่งหว้า | 159 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| มะนัง | 125 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รวมทั้งจังหวัด | 2,000 | ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 5. มีการพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนระบบการบริการที่ดีขึ้น (คป.สอ.) | <p><input type="checkbox"/> มีการดำเนินการ/แผนพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ อย่างน้อยอำเภอละ 1 นวัตกรรม</p> | <p><input type="checkbox"/> มีผลงานนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เชิงประจักษ์อย่างน้อย อำเภอละ 1 นวัตกรรม</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---|----------|------------------------------------|------|------|
| | | 2565 | 2566 | 2567 |
| 1. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPO) ประจำหน่วยงาน (รพ.สต./สสอ./รพ) | | - | - | - |
| 2. มีระบบการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ | | - | - | - |
| 3. มีระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ | | - | - | - |
| 4. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานนโยบายสำคัญ (30บาท รักษาทุกที่ฯ) และตัวชี้วัดสำคัญ ของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ | | - | - | - |
| 5. มีการพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนระบบการบริการที่ดีขึ้น (คป.สอ.) | | - | - | - |

หลักฐานอ้างอิง/แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. แหล่งข้อมูล : กลุ่มงานสุขภาพจิตจิต
 2. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงานจริง
- ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายเกษม ไพรชูยัน เบอร์ติดต่อ : 0-7471-1071 ต่อ 107
- ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายประณต มหาวิจิตร เบอร์ติดต่อ : 0-7471-1071 ต่อ 107
: นายสุขสันต์ มรรคาเขต เบอร์ติดต่อ : 0-7471-1071 ต่อ 107
: นายอิสมาแอล เตบสัน เบอร์ติดต่อ : 0-7471-1071 ต่อ 107
- หน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

**ตัวชี้วัดที่ 27 ระดับความสำเร็จการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียน
ด้านการสาธารณสุข(ศคอส.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.)**

| หน่วยวัด | ระดับความสำเร็จ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|----------------|------------------------------------|--------------|--|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|---|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|
| น้ำหนัก | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด | () ยุทธศาสตร์ 20 ปี กสธ. () ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 (✓) ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูล (✓) ภารกิจกลุ่มงาน () อื่น ๆ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยามตัวชี้วัด | 1. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียนด้านการสาธารณสุข (ศคอส.) หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ฯ ผ่านตามเกณฑ์ศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียนด้านการสาธารณสุข(ศคอส.) ของกระทรวงสาธารณสุข 2. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฯ ผ่านตามเกณฑ์ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) ของกระทรวงสาธารณสุข | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระดับ คะแนน</th> <th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th>ขั้นตอนที่ 1</th> <th>ขั้นตอนที่ 2</th> <th>ขั้นตอนที่ 3</th> <th>ขั้นตอนที่ 4</th> <th>ขั้นตอนที่ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> | ระดับ คะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 | 1 | ✓ | | | | | 2 | ✓ | ✓ | | | | 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | | 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ระดับ คะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| วิธีการวัด | รอบ 6 เดือน <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ระดับ คะแนน</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>สสอ. และ รพช. ดำเนินการกำหนดผู้รับผิดชอบงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ อย่างน้อย 1 คน</td> </tr> </tbody> </table> | ระดับ คะแนน | คำอธิบาย | 1 | สสอ. และ รพช. ดำเนินการกำหนดผู้รับผิดชอบงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ อย่างน้อย 1 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระดับ คะแนน | คำอธิบาย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | สสอ. และ รพช. ดำเนินการกำหนดผู้รับผิดชอบงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ อย่างน้อย 1 คน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| | 2 | มีข้อ 1 และ สสอ. รพช. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาและแผนปฏิบัติงานของศูนย์ ศคอส./ศบต. |
| | 3 | มีข้อ 1, 2 และ สสอ. รพช. มีการจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะด้านภาษา แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างน้อย 2 ภาษา |
| | 4 | มีข้อ 1, 2, 3 และ สสอ. รพช. มีการดำเนินการรวบรวมสถิติจำนวนชาวต่างชาติทุกประเภท และมีแหล่งข้อมูลในการสนับสนุนการให้บริการ เช่น ทำเนียบล้าม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น |
| | 5 | มีข้อ 1, 2, 3, 4 และ - สสอ. ดำเนินการประเมินตนเองตามเกณฑ์ศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียนด้านการสาธารณสุข (ศคอส.) - รพช. ดำเนินการประเมินตนเองตามเกณฑ์ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) |
| รอบ 12 เดือน | | |
| | ระดับ คะแนน | คำอธิบาย |
| | 1 | สสอ. และ รพช. มีการดำเนินการบริการข้อมูลข่าวสารทั่วไปสำหรับชาวต่างชาติ |
| | 2 | มีข้อ 1 และ สสอ. รพช. มีการดำเนินการประสานงานการให้บริการชาวต่างชาติกับหน่วยงานอื่นๆ |
| | 3 | มีข้อ 1, 2 และ สสอ. รพช. มีการดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการชาวต่างชาติ |
| | 4 | มีข้อ 1, 2, 3 และ สสอ. รพช. มีการดำเนินการวิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปพัฒนาระบบการให้บริการชาวต่างชาติ |
| | 5 | มีข้อ 1, 2, 3, 4 และ - สสอ. ผ่านเกณฑ์ศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียนด้านการสาธารณสุข (ศคอส.) ระดับที่ 1 - รพช. ผ่านเกณฑ์ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) ระดับที่ 1 |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล | 1. ข้อมูลจากการประเมินตามเกณฑ์ศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียนด้านการสาธารณสุข (ศคอส.) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2. ข้อมูลจากการประเมินตามเกณฑ์ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ สำหรับหน่วยบริการ ของโรงพยาบาล | |



| | | |
|-----------------------|--|--------------------------------------|
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นางสาวนุรณामी หมาดโตะโสะ | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 207 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 086-2974466 | E-mail: plansatun91@gmail.com |
| | ชื่อ - สกุล : นายณัฐสิทธิ์ สองเมือง | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 207 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 083-6596414 | E-mail: plansatun91@gmail.com |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด | ชื่อ - สกุล : นายธีระยุทธ เกียรติธนภูษิต | โทรศัพท์ที่ทำงาน: 074-711071 ต่อ 207 |
| | โทรศัพท์มือถือ : 084-1952910 | E-mail: plansatun91@gmail.com |



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
Satun Provincial Public Health Office

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข