

ตัวชี้วัดที่ 1 ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

คำอธิบาย : การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๘๗๘ แห่ง

เกณฑ์เป้าหมาย :

| ระดับความสำเร็จ | การดำเนินการ |
|-----------------|---|
| ๑ | มีการประชุม ทบทวนคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย ๒ ประเด็น |
| ๒ | พื้นที่มีการประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE และรายงานผลการประเมิน |
| ๓ | มีคณะทำงาน วางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต |
| ๔ | มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต |
| ๕ | มีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทาง UCCARE |

เกณฑ์การประเมิน :

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|--|--|---|---|
| <p>- มีการประชุม ทบทวนคัดเลือก ประเด็นที่สำคัญ ตามบริบทพื้นที่ที่ เกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพชีวิตมา ดำเนินการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น</p> <p>- พื้นที่ที่มีการ ประเมินตนเอง แนวทาง UCCARE และรายงานผลการ ประเมิน</p> | <p>- มีคณะทำงาน วางแผนกำหนด แนวทางในการขับเคลื่อนประเด็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่ พื้นที่กำหนด</p> <p>- มีการบริหารจัดการทรัพยากร ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการ ขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิต</p> | <p>- มีการเยี่ยมเสริมพลังและ ประเมินผลการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ตาม แนวทาง UCCARE โดยผู้ เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต</p> | <p>- มีผลลัพธ์การพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่ง ระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทาง UCCARE</p> |

วิธีการวัด ในรอบที่ ๑ (รอบ ๖ เดือน)

เกณฑ์การให้คะแนน

| คะแนน | การดำเนินการ |
|-------|---|
| ๑ | มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ |
| ๒ | ทบทวนประเด็นปัญหาที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น |
| ๓ | พื้นที่ที่มีการประเมินตนเองแนวทาง UCCARE และรายงานผลการประเมิน |
| ๔ | มีคณะทำงาน วางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหา |
| ๕ | มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิต |

วิธีการวัด ในรอบที่ ๒ (รอบ ๙,๑๒ เดือน)

เกณฑ์การให้คะแนน

| คะแนน | การดำเนินการ |
|-------|--|
| ๑ | มีการประชุม มีคณะทำงาน วางแผน ในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหา |
| ๒ | มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต |
| ๓ | มีการเอื้อยเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต |
| ๔ | มีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทาง UCCARE |
| ๕ | มีรายงานสรุปผลการดำเนินงาน |

เอกสารสนับสนุน : ๑. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑

๒. องค์กรประกอบ UCCARE

๓. แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ชื่อตัวชี้วัดที่ 2 : ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อน.....

ตัวชี้วัดที่ 2 : ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อน ผลงานวิชาการโดยใช้การจัดการองค์ความรู้(KM)ในองค์กร

หน่วยวัด : ระดับ

เป้าหมาย : ระดับ 5

กำหนดเป็นระดับขั้น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

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

| ขั้นตอนที่ | คำอธิบาย |
|------------|--|
| ๑ | มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการความรู้ปัจจุบัน มีการวิเคราะห์ห้องค์ความรู้ (KM Focus Area) มีแผนการจัดการความรู้ (KM)ในการขับเคลื่อน ผลงานวิชาการ ระดับ คปสอ. |
| ๒ | มีดำเนินการตามแผนการจัดการความรู้(KM)ในการขับเคลื่อน ผลงานวิชาการใน องค์กร |
| ๓ | มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือการจัดการความรู้ เช่นการถอดบทเรียน ชุมชน นักปฏิบัติ (Cop) เวทีเสวนาโดยใช้เครื่อง Success Storytelling , dialog ฯลฯ |
| ๔ | มีการส่งเอกสาร ผลงานวิชาการ ตามจำนวนที่กำหนด |
| ๕ | มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร (KM) ระดับอำเภอ มีการเผยแพร่องค์ความรู้ |

คำอธิบาย :

๑.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการความรู้ปัจจุบันประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข
ปัญหาสาธารณสุขระดับ คปสอ.

๒. มีการวิเคราะห์ห้องค์ความรู้ (KM Focus Area) หมายถึง หัวเรื่องกว้างๆ ของความรู้ที่จำเป็นและ
สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ซึ่งต้องการจะนำมาใช้กำหนดเป้าหมาย KM (Desired State) ในการ

กำหนดขอบเขต KM ควรกำหนดกรอบตามองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อกระบวนการงาน (Work Process) ตามองค์ความรู้ที่จำเป็นต้องมีในองค์กร เพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุตามประเด็นยุทธศาสตร์อื่นๆ ของ คปสอ.

๓. แผนการจัดการความรู้ (KM) ที่ได้มาจากการวิเคราะห์ห้องค์ความรู้ (KM Focus Area) เพื่อขับเคลื่อน ผลงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขของ คปสอ. และมีรายชื่อ ผลงานวิชาการ ที่ดำเนินงาน จำนวน อย่างน้อย 8 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยรพ. 2 เรื่อง R2R 2 เรื่อง CQI 2 เรื่อง นวัตกรรม 2 เรื่อง

๔. ดำเนินการตามแผนการจัดการความรู้ (KM) ในการขับเคลื่อน ผลงานวิชาการ ในองค์กร

๕. สรุปเอกสารงานวิชาการ R2R/ งานวิจัยที่ผ่านจริยธรรม ตามแบบฟอร์มที่กำหนดจำนวน ๘ เรื่อง โดยกำหนดให้ มีการดำเนินการงานวิจัย (R2R) ในองค์กร อย่างน้อย คปสอ.ละ ๘ เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัย รพ. 2 เรื่อง R2R 2 เรื่อง CQI 2 เรื่อง นวัตกรรม 2 เรื่อง

๖. การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร (KM) ระดับอำเภออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

7. การเผยแพร่องค์ความรู้

- นำองค์ความรู้ที่ได้เผยแพร่ ใน website KM ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และช่องทางอื่นๆ

- หรือจัดรวมองค์ความรู้ที่ได้เป็นรูปเล่มหรือจัดทำเป็นคู่มือให้หน่วยงานได้ใช้ประโยชน์

วิธีการวัด (รอบ 6 เดือน)

| ตัวชี้วัดผลงาน (คะแนน) | ค่าเป้าหมาย | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนผลงานวิชาการ โดยใช้การจัดการองค์ความรู้(KM)ในองค์กร | มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการความรู้ปีปัจจุบัน | มีข้อ 1 และมีการวิเคราะห์องค์ความรู้ (KM Focus Area) | มีข้อ 1,2 และมีการดำเนินการตามแผนการจัดการความรู้ (KM) ในการขับเคลื่อนผลงานวิชาการ ระดับ คปสอ. | มีข้อ 1,2,3 และมีการดำเนินการตามแผนการจัดการความรู้ (KM) ในการขับเคลื่อนผลงานวิชาการ ระดับ คปสอ. | มีข้อ 1,2,3,4 และมีการสรุปผลตามแผนการจัดการความรู้ |

วิธีการวัด (รอบ 9และ12 เดือน)

| ตัวชี้วัดผลงาน (คะแนน) | ค่าเป้าหมาย | | | | |
|---|---------------------------------|---|---|---|---|
| | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนผลงานวิชาการ โดย ใช้การจัดการองค์ความรู้(KM)ในองค์กร | มีการดำเนินงาน ในขั้นตอนที่1 | มีการดำเนินงาน ในขั้นตอนที่๕ และมีผลงาน วิชาการ คปสอ. ละอย่างน้อย 2 ผลงานส่งเข้างาน วิชาการระดับ จังหวัด | มีการดำเนินงาน ในขั้นตอนที่๖ และมีผลงาน วิชาการ คปสอ. ละอย่างน้อย 4 ผลงานส่งเข้างาน วิชาการระดับ จังหวัด | มีการดำเนินงาน ในขั้นตอนที่๗ และมีผลงาน วิชาการ คปสอ. ละอย่างน้อย 6 ผลงานส่งเข้างาน วิชาการระดับ จังหวัด | มีการดำเนินงาน ในขั้นตอนที่๗ และมีผลงาน วิชาการ คปสอ. ละอย่างน้อย 8 ผลงานส่งเข้างาน วิชาการระดับ จังหวัด |

สูตรการคำนวณ :

ไม่มี

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- ๑.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการความรู้
- ๒.ผลการวิเคราะห์ห้องค์ความรู้ (KM Focus Area)
- ๓.แผนการจัดการความรู้ (KM) ในการขับเคลื่อน R2R /วิจัยที่ระดับ คปสอ.
- ๔.ทะเบียนรายชื่อ R2R/ งานวิจัยที่ดำเนินงาน จำนวน อย่างน้อย4 เรื่อง
- ๕.สรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือการจัดการความรู้
- 6.เอกสาร R2R/ งานวิจัย
- 7.โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร (KM) ระดับอำเภอ
- 8.แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร (KM) ระดับจังหวัด
- 9..ช่องทางการเผยแพร่องค์ความรู้

ชื่อตัวชี้วัดที่ 3 : ร้อยละของนักเรียนอายุ 6 - 12 ปี

ชื่อตัวชี้วัดที่ 3 : ร้อยละของนักเรียนอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

หน่วยวัด : ร้อยละ

เป้าหมาย : ร้อยละ 72

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ร้อยละ 27 | ร้อยละ 42 | ร้อยละ 57 | ร้อยละ 72 |

คำอธิบาย : เด็กนักเรียนอายุ 6 -12 ปี คือ เด็กที่มีอายุ 6 ปีถึงอายุ 12ปี 11 เดือน 29 วัน

Provider type =02, 06, ตรวจคุณภาพ PTEETH > 0 คนใหม่

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนเด็ก นักเรียนอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้ตรวจทั้งปาก+วางแผน ที่ลงแฟ้ม dental x 100}}{\text{จำนวนนักเรียนอายุ 6 - 12 ปีทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|---|---------|---|----|----|----|----|
| | | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ร้อยละ ของนักเรียนอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก | | 68 | 70 | 72 | 74 | 76 |

เกณฑ์การประเมิน

รอบ 6 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ ๒2 | ร้อยละ 27 | ร้อยละ ๓2 | ร้อยละ 37 | ร้อยละ 42 |

รอบ 12 เดือน

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 68 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 72 | ร้อยละ 74 | ร้อยละ 76 |

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล ระบบรายงาน 43 แฟ้ม

ชื่อตัวชี้วัดที่ 4 : ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข

ชื่อตัวชี้วัดที่ 4 : ร้อยละ ของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60) ภาพรวมระดับอำเภอ

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย : การจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม หมายถึง กระบวนการรวบรวมหรือสำรวจข้อมูลสถานการณ์ทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ในประเด็นที่เกี่ยวข้องทางด้านเกษตรกรรม โดยการรวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการใช้สารเคมีทางการเกษตร และข้อมูลการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ และจัดทำเป็นข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลสถานการณ์ สำหรับใช้ในการวางแผนและเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน มีทั้งหมด 5 ชุดข้อมูล ประกอบด้วย 1.ข้อมูลทั่วไป 2.ข้อมูลเกษตรกรรม 3.ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง 4.ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยง 5.ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง 3 ชนิด หมายถึง สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด ได้แก่ พาราควอต ไกลโฟเสต และ คลอร์ไพริฟอส

เกษตรกรรม หมายถึง อาชีพเพาะปลูกพืชต่างๆ ที่อาจจะมีการใช้สารเคมีทางการเกษตร ได้แก่ การทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น

การรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60) หมายถึง เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ รายงานผู้ป่วยจากพิษสารเคมีทางการเกษตร ในระบบ 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช (ICD10 TM Code T60.0, T60.1, T60.2, T60.3, T60.4, T60.8, T60.9 ซึ่งไม่รวมการตั้งใจทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย (ICD10 TM สาเหตุภายนอก คือ X68)

สูตรการคำนวณ

$$(A \div B) \times 100$$

A = จำนวนของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60) ภาพรวมระดับอำเภอ

B = จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัด

เกณฑ์คะแนน

| ตัวชี้วัด | ระดับคะแนน |
|-----------|------------|
|-----------|------------|

| | | | | | |
|---|----|----|----|----|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| หน่วยบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ | ๖๐ | ๗๐ | ๘๐ | ๙๐ | ๑๐๐ |

เกณฑ์การประเมิน

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|--|--|--|---|
| <p>-รพ./รพ.สต. มีการสำรวจและรวบรวมข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ ข้อมูลการใช้สารเคมีทางการเกษตร และข้อมูลการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ และจัดส่งให้ สสอ. เพื่อจัดทำรายงานเป็นภาพรวมอำเภอส่งให้ สสจ.</p> <p>- รพ./รพ.สต. รายงานการเจ็บป่วยจาก T60 ในระดับพื้นที่ โดยดำเนินการตัดข้อมูลของเดือนที่ผ่านมาจัดส่งข้อมูลดังกล่าวทุกวันที่ 1 ของเดือน จัดส่งให้ สสอ. เพื่อจัดทำรายงานเป็นภาพรวมระดับอำเภอส่งให้ สสจ.</p> <p>- รพ./รพ.สต. พัฒนาการบันทึกข้อมูล T 60 ของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ให้ถูกต้องตามหลักการบันทึกข้อมูล ICD-10</p> | <p>-รพ./รพ.สต. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มเติมข้อมูลในฐานข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม</p> <p>- รพ./รพ.สต. รายงานการเจ็บป่วยจาก T60 ในระดับพื้นที่ โดยดำเนินการตัดข้อมูลของเดือนที่ผ่านมาจัดส่งข้อมูลดังกล่าวทุกวันที่ 1 ของเดือน จัดส่งให้ สสอ. เพื่อจัดทำรายงานเป็นภาพรวมระดับอำเภอส่งให้ สสจ.</p> <p>- รพ./รพ.สต. นำเสนอข้อมูลสถานการณ์รอบ 6 เดือน จากข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม และ T60 เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงของตำบล/อำเภอ และคัดเลือกประเด็นเพื่อกำหนดมาตรการระดับตำบล/อำเภอ ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> | <p>- รพ./รพ.สต. มีการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างการใช้สารเคมีทางการเกษตรและผลกระทบต่อสุขภาพ พร้อมจัดทำรายงานฐานข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม ฉบับสมบูรณ์ ภายในไตรมาสที่ 3 (31 พฤษภาคม 2563) ระดับอำเภอ และส่งให้กับ สสจ.</p> <p>- รพ./รพ.สต. รายงานการเจ็บป่วยจาก T60 ในระดับพื้นที่ โดยดำเนินการตัดข้อมูลของเดือนที่ผ่านมาจัดส่งข้อมูลดังกล่าวทุกวันที่ 1 ของเดือน จัดส่งให้ สสอ. เพื่อจัดทำรายงานเป็นภาพรวมระดับอำเภอส่งให้ สสจ.</p> | <p>- รพ./รพ.สต. รายงานการเจ็บป่วยจาก T60 ในระดับพื้นที่ โดยดำเนินการตัดข้อมูลของเดือนที่ผ่านมาจัดส่งข้อมูลดังกล่าวทุกวันที่ 1 ของเดือน จัดส่งให้ สสอ. เพื่อจัดทำรายงานเป็นภาพรวมระดับอำเภอส่งให้ สสจ.</p> <p>- จัดทำรายงานฐานข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม ระดับอำเภอและรายงาน T60 ในระดับอำเภอรอบ 12 เดือน เสนอผู้บริหาร และส่งให้กับ สสจ.</p> |

หมายเหตุ :

1. ไฟล์ชุดข้อมูลสถิติพื้นฐานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile: OEHP) ด้านเกษตรกรรม และแบบรายงานสถานการณ์ สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้าเว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากลิงค์ :
<http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp>
2. แนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตสุขภาพพิเศษเชิงอุตสาหกรรม ปีงบประมาณ 2562 พร้อมแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งตัวอย่างการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environment Health Profile : OEHP) ของจังหวัดที่ได้มีการดำเนินการจัดทำ และพัฒนาแล้ว พร้อมทั้งเอกสารสนับสนุนการจัดทำ OEHP สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้าเว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากลิงค์ :
<http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp>
3. คู่มือ “การลงรหัส ICD-10 โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม” สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้าเว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากลิงค์
<http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/537>

ชื่อตัวชี้วัดที่ 5 : ร้อยละของร้านอาหาร.....

ตัวชี้วัดที่ 5 : ร้อยละ ของร้านอาหารและแผงลอย ผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย : ร้านอาหารและแผงลอย หมายถึง ร้านอาหารและแผงลอยในจังหวัดสตูลที่ได้จากการสำรวจ

สูตรการคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนร้านอาหารและแผงลอยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร} \times 100}{\text{จำนวนร้านอาหารและแผงลอยทั้งหมด}}$$

เกณฑ์คะแนน

| ตัวชี้วัด | ระดับคะแนน | | | | |
|---|------------|----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้านอาหารและแผงลอยผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 |

เกณฑ์เป้าหมาย

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|--------------------|---|--|---|
| มีแผนการออกประเมิน | 1.ร้อยละ 70 ของร้านอาหารและแผงลอยได้รับการตรวจประเมินฯ โดยพื้นที่ | 1.ร้อยละ 80 ของร้านอาหารและแผงลอย ได้รับการตรวจประเมินฯ โดยพื้นที่ 2.ร้อยละ 20 ของร้านอาหารและแผงลอยที่ผ่าน มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย ได้รับการตรวจ ประเมินฯ โดย สสจ. | 1.ร้อยละ 90 ของร้านอาหารและแผงลอยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน |

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ฐานข้อมูลโรงอาหารและโรงครัวโรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย จัดเก็บข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์

ชื่อตัวชี้วัดที่ 6 : ระดับความสำเร็จ.....

ชื่อตัวชี้วัดที่ 6 : ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่สามารถพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN

& CLEAN Hospital

หน่วยวัด : ระดับขั้นความสำเร็จ

คำอธิบาย : โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท., รพช. และ รพ.สต.)

: รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานอย่างน้อยร้อยละ ๔๐

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 จัดทำแผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN HOSPITAL |
| 2 | มีการพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN HOSPITAL อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร เช่น การประชุมชี้แจง, การจัดอบรม เป็นต้น |
| 3 | มีการดำเนินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL มีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ให้ครบถ้วน ทุกเดือน และมีผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL |
| 4 | ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL โดยคณะกรรมการประเมิน สสจ.สตูล |
| 5 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ยกระดับ 1 ขั้นจากเดิม และรพ.สต. ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน ขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๔๐ |

เกณฑ์เป้าหมาย

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|--|---|---|
| <p>1. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภออย่างน้อย ร้อยละ ๔๐ มีการกำหนดนโยบาย แผนงานพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital</p> <p>2. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภออย่างน้อย ร้อยละ ๔๐ มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีมคณะทำงานเพื่อดำเนินการตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital</p> <p>3.โรงพยาบาล และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภออย่างน้อย ร้อยละ ๔๐ มีการศึกษาลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p> | <p>1. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ อย่างน้อย ร้อยละ ๔๐ ดำเนินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital</p> <p>2 โรงพยาบาล และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ อย่างน้อย ร้อยละ ๔๐ มีผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital</p> <p>3.โรงพยาบาล และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ อย่างน้อย ร้อยละ ๔๐ มีการศึกษาลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p> | <p>1.โรงพยาบาลมีการประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ยกระดับ 1 ชั้นจากเดิม โดยทีม สสจ.สตูล</p> <p>2. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ อย่างน้อย ร้อยละ ๔๐ ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital โดยทีม สสจ.สตูล</p> <p>3.โรงพยาบาล และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ อย่างน้อย ร้อยละ ๔๐ มีการศึกษาลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p> | <p>1.โรงพยาบาลมีการประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ยกระดับ 1 ชั้นจากเดิม</p> <p>2. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป อย่างน้อย ร้อยละ ๔๐</p> <p>3. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ อย่างน้อย ร้อยละ ๔๐ มีการศึกษาลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p> |

หมายเหตุ :

1. โรงพยาบาลที่ประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก PLUS แล้ว จะต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาระดับตามเกณฑ์มาตรฐาน และให้ถือว่ามีการยกระดับโดยอัตโนมัติ
2. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :
 - 2.1 ฐานข้อมูลจากโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ที่ website <http://envmanifest.anamai.moph.go.th> และแบบรายงานข้อมูลการตรวจประเมิน GREEN & CLEAN Hospital
 - 2.2 โรงพยาบาล/สสอ.บันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - 2.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้ศูนย์อนามัยเพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของเขต

ชื่อตัวชี้วัดที่ 7 : ระดับความสำเร็จ.....

ชื่อตัวชี้วัดที่ 7 : ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

หน่วยวัด : ระดับ

เป้าหมาย : ค่าเป้าหมาย คะแนน เท่ากับ 5

คำอธิบาย :

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าทางหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์เภสัชวิทยา ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใช้อย่างถูกต้องได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

การประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล (RDU) เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital และ RDU PCU

- RDU Hospital หมายถึง การประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลของโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพศ./รพท./รพช.)
- RDU PCU หมายถึง การประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลของหน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่าย (รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกชื่ออื่น)
- ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับ

| RDU ชั้น 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ | | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|---|--|--|
| RDU Hospital | RDU PCU | |
| 1. ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้ รพ.ระดับ A \geq 75%, S \geq 80%, M1-M2 \geq 85%, F1-F3 \geq 90% | รพ.สต.ในอำเภอไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ | โรงพยาบาล มีการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ตามเป้าหมาย - RDU ชั้นที่ 2 60% - RDU ชั้นที่ 3 20% - มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3 |
| 2. ตัวชี้วัดที่ 2 มีกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU โดยคณะกรรมการ PTC อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (ผ่านเกณฑ์ระดับ 3) | ทั้ง 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | |
| 3. ตัวชี้วัดที่ 3 จัดทำฉลากยามาตรฐาน ที่มีชื่อยาภาษาไทย และคำเตือนในยา 13 กลุ่ม (ผ่านเกณฑ์ระดับ 3) | | |
| 4. ตัวชี้วัดที่ 4 มีรายการยาที่ควรตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ที่ยังคงอยู่ไม่เกิน 1 รายการจากยาที่กำหนด 8 รายการ | | |
| 5. ตัวชี้วัดที่ 5 มีการดำเนินงานส่งเสริมจริยธรรมการจัดซื้อ และส่งเสริมการขายยา (ผ่านเกณฑ์ระดับ 3) | | |
| RDU ชั้น 2 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ | | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
| RDU Hospital | RDU PCU | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>1. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1</p> <p>2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศทั้ง 4 ตัวชี้วัด เกณฑ์ตัวชี้วัดปี 2562 มีรายละเอียดดังนี้</p> <p>2.1 กลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน</p> <p>รพศ./รพท. $\leq 30\%$ และ รพช. $\leq 20\%$</p> <p>2.2 กลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq 20\%$</p> <p>2.3 กลุ่มโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ $\leq 50\%$</p> <p>2.4 หญิงคลอดปกติทางช่องคลอด $\leq 15\%$</p> <p>3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป $\leq 10\%$</p> <p>4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง (eGFR < 60ml/min/173m²) $\leq 5\%$</p> <p>5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) 0 ราย</p> | <p>รพ.สต.ในอำเภอไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์</p> <p>เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะ ทั้ง 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน</p> | |
|---|--|--|

| | |
|--|-------------------|
| RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|--|-------------------|

| RDU Hospital (R1) | RDU PCU (R2) | |
|---|--|--|
| <p>ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 40\%$, APL $\leq 10\%$)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละการส่งยาในบัญชียาหลัก (รพ. S ≥ 80, F1-F3 ≥ 90) 2. ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการ ชี้แนะ สื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ผ่านเกณฑ์ระดับ 3) 3. การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน (ผ่าน เกณฑ์ระดับ 3) 4. จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมี อยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล 5. การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริม การขายยา (ผ่านเกณฑ์ระดับ3) 6. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วง บนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก \leq ร้อยละ 20 7. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20 8. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ \leq ร้อยละ 40 9. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทาง ช่องคลอด[PDx only]\leq ร้อยละ 10 10. ร้อยละของการใช้ RAS blockage (ACEIs/ ARBs/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาโรคความดันเลือดสูง (ร้อย ละ 0) 11. ร้อยละการใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี(A) หรือมี eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร(B) [by Person] \leq ร้อยละ 5 12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิด เดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้าม ใช้ (eGFR < 30 มล./นาที) [by Person] \geq ร้อยละ 80 | <p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดใน เครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตรา การใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> | |

| | |
|--|-------------------|
| RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|--|-------------------|

| RDU Hospital (R1) | RDU PCU (R2) | |
|--|--------------|--|
| <p>13. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน ≤ ร้อยละ 5</p> <p>14. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs ≤ ร้อยละ 10</p> <p>15. ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid [by Person]>> (HDC/โปรแกรม/คลินิก Asthma) ≥ ร้อยละ 80</p> <p>16. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (เกิน 65 ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate ในการรักษาภาวะนอนไม่หลับ ≤ ร้อยละ 5</p> <p>17. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ยา Warfarin/Statins/Ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว [HDC] (0 คน)</p> <p>อัตราการได้รับยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) ≤ ร้อยละ 20</p> | | |

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบกับความสำเร็จตามเป้าหมาย | | | | |
|--|---------|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ระดับของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) | | | | | | |

รายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนน :

| ค่าคะแนน | รายละเอียดการดำเนินงานกิจกรรมตาม RDU | ผลการดำเนินงาน |
|----------|--|----------------|
| 5.0 | -ผลการดำเนินงานใน 18 ข้อของ RDU Hospital ผ่านเกณฑ์ 18 ข้อ และรพ.สต.ในอำเภอ 80% ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | |

| ค่าคะแนน | รายละเอียดการดำเนินงานกิจกรรมตาม RDU | ผลการดำเนินงาน |
|----------|---|----------------|
| 4.0 | - ผลการดำเนินงานใน 18 ข้อของ RDU Hospital ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 12 ข้อ (โดยต้องมีร้อยละการใช้ ATB ใน 4 กลุ่มโรคผ่านเกณฑ์) และรพ.สต.ในอำเภอ 80% ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | |
| 3.0 | - ผลการดำเนินงานใน 18 ข้อของ RDU Hospital ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 10 ข้อและรพ.สต.ในอำเภอ 80% ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | |
| 2.0 | - มีอัตราการใช้จ่ายยาใน 7 กลุ่มโรคของ RDU Hospital ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 7 ข้อและรพ.สต.ในอำเภอ 80% ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | |
| 1.0 | - มีอัตราการใช้จ่ายยาใน 7 กลุ่มโรคของ RDU Hospital ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 5 ข้อและรพ.สต.ในอำเภอ 80% ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | |

แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล : จากข้อมูล 43 แห่ง ใน HDC , โปรแกรม RDU 2016, RduR9 , Self report

ชื่อตัวชี้วัดที่ 8 : ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อ.....

ตัวชี้วัดที่ 8: ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๒๔ ครั้งต่อปี

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก :

เป้าหมาย สถานบริการทุกแห่ง

คำอธิบาย : การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข หมายถึง การผลิตสื่อเพื่อสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการสื่อสารเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เรื่องการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และสนับสนุนสื่อให้กับหน่วยงานทั้งภายนอกและภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด) ป้องกันเด็กจมน้ำ การควบคุมการบริโภคยาสูบ ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โรคติดต่อทั่วไป โรคติดต่อมาโดยแมลง วัณโรค โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลิตโปสเตอร์คำแนะนำการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน เช่น ภาวะภัยพิบัติ หมอกควัน วาตภัย น้ำท่วม

สูตรคำนวณ :

| | |
|--------------------|---|
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๒๔ ครั้งต่อปี |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนสถานบริการ |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๒๔ ครั้งต่อปี = $(A / B) \times 100$ |

เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

| เป้าหมาย ปี ๒๕๖3 | เกณฑ์การให้คะแนน (รอบ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน) | | | | | หมายเหตุ |
|------------------|---|----|----|----|----|----------|
| | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ | |
| ๗๐ | ๖๐ | ๖๕ | ๗๐ | ๗๕ | ๘๐ | |

เกณฑ์การให้คะแนน : ปี 2563 : โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

รอบ 3 เดือน และ ๖ เดือน

| ระดับคะแนน | สถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๒๔ ครั้งต่อปี | | | | |
|------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | ร้อยละ ๔๐ | ร้อยละ ๔๕ | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 5๕ | ร้อยละ 60 |
| ๑ | / | | | | |
| ๒ | / | / | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ๓ | / | / | / | | |
| ๔ | / | / | / | / | |
| ๕ | / | / | / | / | / |

รอบ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน

| ระดับคะแนน | สถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๒๔ ครั้งต่อปี | | | | |
|------------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | ร้อยละ ๖0 | ร้อยละ ๖๕ | ร้อยละ ๗0 | ร้อยละ ๗๕ | ร้อยละ ๘0 |
| ๑ | / | | | | |
| ๒ | / | / | | | |
| ๓ | / | / | / | | |
| ๔ | / | / | / | / | |
| ๕ | / | / | / | / | / |

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

| | |
|----------------------|--|
| แหล่งข้อมูล | : หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัด |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | : การนำเสนอ การรายงานผล การติดตามในพื้นที่ |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ ๒ ครั้ง |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ทุกสถานบริการ |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | : ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย ๒๔ ครั้งต่อปี $= (A / B) \times 100$ |
| วิธีการประเมินผล | : ตามแบบฟอร์มรายงานผลการประเมินสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖3 |

ชื่อตัวชี้วัดที่ 9 : ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง.....

ชื่อตัวชี้วัดที่ 9 : ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg

หมายเหตุ: ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน

สูตรคำนวณ :

| | |
|----------------|--|
| รายการข้อมูล 1 | A1: จำนวนผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคความดันโลหิตสูง(I10 - I14)ในปีงบประมาณปัจจุบัน |
| รายการข้อมูล 2 | B1: จำนวนผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคความดันโลหิตสูง(I10 - I14)ในปีงบประมาณที่ผ่านมา |
| การคำนวณ | $[(B1-A1)/B1 \times 100]$ |

เกณฑ์เป้าหมาย :

มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2.5

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | ระดับคะแนน | | | | |
|--|------------|----------|------------|----------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง | ≥ร้อยละ0.5 | ≥ร้อยละ1 | ≥ร้อยละ1.5 | ≥ร้อยละ2 | ≥ร้อยละ2.5 |

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ชื่อตัวชี้วัดที่ 10 : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง.....

ชื่อตัวชี้วัดที่10 : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง

หน่วยวัด :

คำอธิบาย:

ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน และมีระดับน้ำตาล FPG มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl ในปีงบประมาณปัจจุบัน

ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา

สูตรคำนวณ:

| | |
|----------------|--|
| รายการข้อมูล 1 | A1: จำนวนผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคเบาหวาน (E10 – E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน |
| รายการข้อมูล 2 | B1: จำนวนผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคเบาหวาน (E10 – E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา |
| การคำนวณ | $[(B1-A1)/B1 \times 100]$ |

เกณฑ์เป้าหมาย :

มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | ระดับคะแนน | | | | |
|------------------------------------|------------|----------|----------|----------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง | ≥ร้อยละ1 | ≥ร้อยละ2 | ≥ร้อยละ3 | ≥ร้อยละ4 | ≥ร้อยละ5 |

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ตัวชี้วัดที่ 11 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

1. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบันประมาณ

2. การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน *(เอกสารแนบ) หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว

สูตรคำนวณ :

| | |
|----------------|--|
| รายการข้อมูล 1 | A1: = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน |
| รายการข้อมูล 2 | B1: จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปัจจุบันประมาณ |
| การคำนวณ | $(A1/B1) \times 100$ |

เกณฑ์เป้าหมาย :

มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

เกณฑ์การให้คะแนน

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

| ตัวชี้วัด | ระดับคะแนน รอบ 6 เดือน | | | | |
|--|------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง | ≥ร้อยละ 1 | ≥ร้อยละ5 | ≥ร้อยละ10 | ≥ร้อยละ15 | ≥ร้อยละ20 |

| ตัวชี้วัด | ระดับคะแนน รอบ 9 เดือน | | | | |
|--|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง | ≥ร้อยละ 1 | ≥ร้อยละ10 | ≥ร้อยละ20 | ≥ร้อยละ30 | ≥ร้อยละ40 |

| ตัวชี้วัด | ระดับคะแนน รอบ 12 เดือน | | | | |
|--|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง | ≥ร้อยละ 20 | ≥ร้อยละ30 | ≥ร้อยละ40 | ≥ร้อยละ50 | ≥ร้อยละ60 |

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางจำดี แป้นเหลือ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ชื่อตัวชี้วัดที่ 12 : อัตราการคัดกรอง

ชื่อตัวชี้วัดที่ 12 : อัตราการคัดกรอง(ด้วยการเอ็กซ์เรย์ปอด)วัณโรคในกลุ่มเสี่ยง

หน่วยวัด : ร้อยละ ๗๐ ของกลุ่มเสี่ยง(ผู้สัมผัสร่วมบ้าน,ผู้ติดเชื้อHIV,ผู้ป่วยเบาหวาน,ผู้สูงอายุ,ผู้ต้องขัง,แรงงานต่างด้าว,บุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข)

คำอธิบาย : การคัดกรองวัณโรค=การตรวจด้วยวิธีฉายรังสีเพื่อคุณภาพความผิดปกติที่ปอด
กลุ่มเสี่ยง ได้แก่

นิยามกลุ่มเสี่ยง ปี ๒๕๖๓

ผู้สัมผัสร่วมบ้าน คือ ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด

เป้าหมาย : จำนวนผู้ที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒

ผลงาน : จำนวนผู้ที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ และปีปัจจุบัน(ปี ๒๕๖๓)

ผู้ติดเชื้อHIV คือ ผู้ที่มีผลตรวจเลือด HIV เป็นบวกทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่มีชีวิตและขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัส ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓

เป้าหมาย : จำนวนผู้ที่มีผลตรวจเลือด HIV เป็นบวกรายเก่าที่มีชีวิตและขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัส ปี ๒๕๖๒

ผลงาน : จำนวนผู้ที่มีผลตรวจเลือด HIV เป็นบวกรายเก่า/รายใหม่ที่มีชีวิตขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัส ปี ๒๕๖๒ และ ๒๕๖๓

ผู้ป่วยเบาหวาน คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่กำลังรักษาและควบคุมน้ำตาลไม่ได้ (HbA 1C มากกว่า 7 จาก HDC หรือ FBS มากกว่า 140)

เป้าหมาย :จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่กำลังรักษาและควบคุมน้ำตาลไม่ได้ (HbA 1C มากกว่า 7 จาก HDC หรือ FBS มากกว่า 140) ปี ๒๕๖๒

ผลงาน :จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่กำลังรักษาและควบคุมน้ำตาลไม่ได้ (HbA 1C มากกว่า 7 จาก HDC หรือ FBS มากกว่า 140) ปี ๒๕๖๒ -๒๕๖๓

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตามบัตรประชาชนตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไป(เกิดก่อนปี พศ.๒๕๔๓)ที่มีโรคร่วมคือ COPD , ไต,เบาหวาน(ที่ไม่กำหนดค่า HbA 1C และ FBS)

เป้าหมาย : จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปมีโรคร่วมคือ COPD , ไต,เบาหวาน(ที่ไม่กำหนดค่า HbA 1C และ FBS) ปี ๒๕๖๓

ผลงาน :จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปมีโรคร่วมคือ COPD , ไต,เบาหวาน(ที่ไม่กำหนดค่า HbA 1C และ FBS) ปี ๒๕๖๓

ผู้ต้องขัง คือ บุคคลที่มีรายชื่อและต้องขังในเรือนจำจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เป้าหมาย : จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ผลงาน :จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

แรงงานข้ามชาติ คือ บุคคลที่ไม่ได้ถือสัญชาติไทยที่ขึ้นทะเบียนใช้แรงงานในจังหวัดสตูล

เป้าหมาย :จำนวนบุคคลที่ไม่ได้ถือสัญชาติไทยที่ขึ้นทะเบียนใช้แรงงานในจังหวัดสตูล ปี ๒๕๖๑

ผลงาน :จำนวนบุคคลที่ไม่ได้ถือสัญชาติไทยที่ขึ้นทะเบียนใช้แรงงานในจังหวัดสตูล ปี ๒๕๖๑และรายใหม่ ปี ๒๕๖๓

บุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข คือ บุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์/สาธารณสุขในหน่วยงานสังกัด

กระทรวงสาธารณสุข(ข้าราชการ) จ.สตูล ปี ๒๕๖๓

วัตถุประสงค์ เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทให้พบมากกว่าร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยที่คาดว่าจะมี(๑๕๖/๑๐๐,๐๐๐ ปชก.)

เกณฑ์การประเมิน คือ

กลุ่มเสี่ยง(ผู้สัมผัสร่วมบ้าน,ผู้ติดเชื้อHIV,ผู้ป่วยเบาหวาน,ผู้สูงอายุ,ผู้ต้องขัง ,แรงงานต่างด้าว,บุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข)ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีฉายรังสีเพื่อคุณภาพความผิดปกติที่ปอดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

| ๑ คะแนน | ๒ คะแนน | ๓ คะแนน | ๔ คะแนน | ๕ คะแนน |
|------------|------------|------------|------------|------------|
| ≥ร้อยละ ๓๐ | ≥ร้อยละ ๔๐ | ≥ร้อยละ ๕๐ | ≥ร้อยละ ๖๐ | ≥ร้อยละ ๗๐ |

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงานผลการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง โปรแกรม TBCM Online

ตัวชี้วัดที่...13 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

1.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบงานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

คำอธิบาย :

เป็นตัวชี้วัดระดับ คปสอ. สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล จะต้องรับผิดชอบร่วมกัน มุ่งเน้นเรื่องการจัดการสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประโยชน์ของการใช้งานสารสนเทศ ทั้งระบบเครือข่าย ของหน่วยงาน

การประเมินจะใช้รายละเอียดประเด็นการประเมินตามข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพ ของระบบสารสนเทศ ตามที่กำหนดทั้ง 5 ประเด็น ดังนี้

| ประเด็น | แนวทางประเมิน | |
|--|--|---|
| | รอบ 6 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| 1 มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพข้อมูลระดับอำเภอ | - หน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งทีมเป็นปัจจุบัน - หน่วยงานมีการมอบหมายหรือแต่งตั้งเจ้าหน้าที่/คณะทำงาน รับผิดชอบดูแลฐานข้อมูล อย่างเป็นทางการ โดยให้มีหน้าที่มีแผนปฏิบัติงาน มีการประชุมคณะทำงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีการมอบหมายการดำเนินงาน | - หน่วยงานมีการดำเนินงานตามแผน - มีการประชุมคณะทำงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีการมอบหมายการดำเนินงาน - มีการประชุมคณะทำงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง |
| 2 มีการติดตามการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญ ของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ | เจ้าหน้าที่/คณะทำงาน รับผิดชอบดูแลฐานข้อมูลของหน่วยงาน ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้ - ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล - ติดตามความทันเวลาของการจัดส่งข้อมูล 43 แห่ง ของหน่วยบริการ - ตรวจสอบข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น ประเด็นปัญหาของพื้นที่ | เจ้าหน้าที่/คณะทำงาน รับผิดชอบดูแลฐานข้อมูลของหน่วยงาน ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้ - ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล - ติดตามความทันเวลาของการจัดส่งข้อมูล 43 แห่ง ของหน่วยบริการ - ตรวจสอบข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และสถิติการใช้ข้อมูล |

| ประเด็น | | แนวทางประเมิน | |
|---------|--|---|---|
| | | รอบ 6 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| | | - จัดทำสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร ภายใน 31 มีนาคม 2563 | - จัดทำสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร ภายใน 1 กันยายน 2563 |
| 3 | มีระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ | - หน่วยงานมีแผนผังระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ และดำเนินการตามแผน | - หน่วยงานส่งรายงานการตรวจสอบและดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ ปีละ 1 ครั้ง - มีการติดตามการใช้งานระบบสารสนเทศของหน่วยงาน และตรวจตราการละเมิดความปลอดภัยที่มีต่อระบบข้อมูล ที่เป็นไปตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 - มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยธรรมชาติ รวมถึงการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง |
| 4 | ผลการดำเนินงานคุณภาพข้อมูลภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐ | - หน่วยงานมีการติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ และผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย 50% (ผ่านอย่างน้อย 3 ข้อจาก 6 ข้อ) - การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2563 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) และภาพรวม 43 แห่ง ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้ 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) | - หน่วยงานมีการติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ และผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย 50% (ผ่านอย่างน้อย 3 ข้อจาก 6 ข้อ) - การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2563 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) และภาพรวม 43 แห่ง ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้ 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) |

| ประเด็น | | แนวทางประเมิน | |
|---------|---|---|---|
| | | รอบ 6 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod11 กรณีสัญชาติไทย 2. ข้อมูลเพศ (sex) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน 3. ข้อมูลสัญชาติ (nation) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็น ต่างด้าว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย 4. ข้อมูลวันเกิด (birth) <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบและไม่เกิน 120 ปี 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน <p>กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p> <p>6. ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูล จากเว็บไซต์ http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/ ณ วันที่ 31 ธค.62 และ 31 มีค.63 ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 99.90</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod11 กรณีสัญชาติไทย 2. ข้อมูลเพศ (sex) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน 3. ข้อมูลสัญชาติ (nation) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็น ต่างด้าว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย 4. ข้อมูลวันเกิด (birth) <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบและไม่เกิน 120 ปี 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน <p>กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p> <p>6. ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูล จากเว็บไซต์ http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/ ณ วันที่ 30 มิย.63 และ 30 กย.63 ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 99.90</p> |
| 5 | ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากรซ้ำซ้อนซ้ำซ้อนภาพรวม | ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากรซ้ำซ้อนจากเว็บไซต์ http://hdc2.stno.moph.go.th/recheck/ | ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากรซ้ำซ้อนจากเว็บไซต์ http://hdc2.stno.moph.go.th/recheck/ |

| ประเด็น | | แนวทางประเมิน | |
|--|--|--|--------------|
| | | รอบ 6 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าช้อนไม่เกินร้อยละ 0.10 | ณ วันที่ 31 ธค.60 และ 31 มีค.62 ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าช้อนไม่เกินร้อยละ 0.10 | ณ วันที่ 30 มิย.62 และ 30 กย.62 ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าช้อนไม่เกินร้อยละ 0.10 | |

หมายเหตุ : 1. หลักฐานการดำเนินการต่างๆ ขอให้จัดเก็บในรูปแบบ Digital File (Scan เป็นรูปภาพหรือ PDF) และสามารถส่งหลักฐานได้ทาง e-mail : mrhero9@hotmail.com

2. ข้อมูลผลงานคุณภาพข้อมูล และผลงานการแก้ไขประชากรเข้าช้อน จากเว็บไซต์ สสจ.สตูล

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 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

1.2 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

คำอธิบาย :

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

| กลุ่ม | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | แหล่งข้อมูล | คำอธิบาย/สูตรคำนวณ |
|-------|--|---------------------|---|---|
| | <p>1.หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล (รพ.สต.,PCU, รพช.,รพท.)</p> <p>-หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความครบถ้วน (ร้อยละ 100)</p> <p>-หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความถูกต้อง (ร้อยละ 99)</p> <p>-หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความทันเวลา (ร้อยละ 100)</p> | <p>ร้อยละ 99.90</p> | <p>จากระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43แฟ้ม สสจ.สตูล</p> | <p>คำนิยาม</p> <p><u>สถานบริการ</u> หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)</p> <p><u>คุณภาพ</u> หมายถึง ข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านเกณฑ์ตรวจสอบทุกด้าน ทั้งด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน และ ความทันเวลา</p> <p><u>ความครบถ้วน</u> หมายถึง การบันทึกข้อมูลในระบบ his ของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล 43 แฟ้มผ่านระบบ hdc มีความครบถ้วนของข้อมูลแต่ละแฟ้มตามโครงสร้างมาตรฐาน ในแฟ้มดังนี้ service diagnosis_opd procedure_opd drug_opd anc epi nutrition specialpp</p> <p><u>ความถูกต้อง</u> หมายถึง การบันทึกข้อมูลในระบบ his ของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล 43 แฟ้มผ่านระบบ hdc มีความครบถ้วนของข้อมูลแต่ละแฟ้มตามโครงสร้างมาตรฐานมีครบถูกต้องตามมาตรฐาน และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ถูกต้อง</p> <p><u>ความทันเวลา</u> หมายถึง การส่งข้อมูล 43 แฟ้มผ่านระบบ hdc มีความทันเวลาตามเกณฑ์ (ข้อมูลเดือนที่แล้วส่งภายใน30วันของเดือนถัดไป)</p> |
| | | | | <p>การรวบรวมข้อมูล – ตรวจสอบผ่านโปรแกรมตรวจสอบคุณภาพ สสจ.สตูล</p> <p>แต่ละหน่วยบริการนำคะแนนที่ได้ จากผลงาน 3 ด้าน ได้แก่ ความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันเวลา แล้วนำผลคะแนนรวมที่ได้มาเฉลี่ย</p> <p>สูตรคำนวณ $=(A+B+C)/3$</p> <p>A = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความครบถ้วน (ร้อยละ 100)</p> <p>B = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความถูกต้อง (ร้อยละ 99)</p> |

| | | | | |
|--|--|--------------------|--|--|
| | | | | C = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความทันเวลา (ร้อยละ 100) |
| | | | | <p>เกณฑ์การให้คะแนน มี 5 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 1 ผ่านเกณฑ์คุณภาพต่ำกว่าร้อยละ 99.10</p> <p>ระดับ 2 ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 99.30</p> <p>ระดับ 3 ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 99.50</p> <p>ระดับ 4 ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 99.70</p> <p>ระดับ 5 ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 99.90</p> |
| | <p>2.คุณภาพข้อมูล แฟ้มบุคคล (Person) ซึ่งเป็น ข้อมูลประชาชนที่มา รับบริการในหน่วย บริการนั้นๆ ประกอบด้วย</p> <p>1.ข้อมูลเลขประจำตัว ประชาชน (cid)</p> <p>2.ข้อมูลเพศ (sex)</p> <p>3.ข้อมูลสัญชาติ (nation)</p> <p>4.ข้อมูลวันเกิด (birth)</p> <p>5.ข้อมูลสถานะ/ สาเหตุการจำหน่าย (discharge)</p> | ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ | | <p>1.ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) -ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod11 กรณี สัญชาติไทย</p> <p>2.ข้อมูลเพศ (sex) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>3.ข้อมูลสัญชาติ (nation) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็น ต่างด้าว ต้องมีข้อมูล ใน labor ด้วย</p> <p>4.ข้อมูลวันเกิด (birth) -เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบ จากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่ เกิน 120 ปี</p> <p>5.ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้อง ไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p> |
| | | | | ระยะเวลาการประเมิน ประเมินทุกไตรมาส |

เกณฑ์การให้คะแนนข้อ 2 :

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

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

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สสจ.สตูล

ผู้ประสานงาน : 1. นายเกษม ไพรสุยัน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 08-6965-6965

2. นายประณต มหาวิจิตร

นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 08-5893-4713

ภาคผนวก

คำอธิบายเพิ่มเติมในการพัฒนาปรับปรุงสารสนเทศ

เกณฑ์การตรวจประเมินการเชื่อมโยงเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ มีดังนี้

| ข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพ ของระบบสารสนเทศ | เกณฑ์การตรวจประเมิน |
|---|---|
| 1.การจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพข้อมูล ระดับอำเภอ | <input type="checkbox"/> มีคำสั่งแต่งตั้งทีมเป็นปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีแผนปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูล รวมถึงการดำเนินการตามแผน และตรวจสอบข้อมูล |
| 2. มีการติดตามการดำเนินงานตัวชี้วัด สำคัญ ของหน่วยบริการในเขต รับผิดชอบ | <input type="checkbox"/> มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูล รวมถึงการดำเนินการตามแผนการจัดเก็บและตรวจสอบข้อมูลแต่ ประเภทในระบบฐานข้อมูล ในระยะเวลาที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ มีรหัสการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศของ หน่วยงานในพื้นที่ และมีการเข้าใช้งาน Data Exchange ของหน่วย บริการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง/แห่ง <input type="checkbox"/> มีการจัดทำเอกสาร สรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญ |
| 3. มีระบบรักษาความมั่นคงและ ปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและ สารสนเทศ | <input type="checkbox"/> มีระบบการการเข้าถึง (Login) ในสารสนเทศของหน่วยงาน <input type="checkbox"/> หน่วยงานมีแผนผังระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบ ฐานข้อมูลและสารสนเทศ และดำเนินการตามแผน <input type="checkbox"/> หน่วยงานมีรายงานการตรวจสอบและดูแลบำรุงรักษาเครื่อง คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ ปีละ 1 ครั้ง <input type="checkbox"/> มีการติดตามการใช้งานระบบสารสนเทศของหน่วยงาน และตรวจตรา การละเมิดความปลอดภัยที่มีต่อระบบข้อมูล ที่เป็นไปตาม พ.ร.บ. ว่า ด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 <input type="checkbox"/> มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยธรรมชาติ รวมถึงการซ้อมแผน อย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง |

| ข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพ ของระบบสารสนเทศ | เกณฑ์การตรวจประเมิน |
|--|---|
| <p>4. ผลการดำเนินงานคุณภาพข้อมูลภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๐</p> | <p><input type="checkbox"/> ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูล จากเว็บไซต์ http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/ ณ วันที่ 31 ธค.62 และ 31 มีค.63 วันที่ 30 มิย.63 และ 31 สค.63 ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 99.90</p> <p><input type="checkbox"/> การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2563 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) 2. ข้อมูลเพศ (sex) 3. ข้อมูลสัญชาติ (nation) 4. ข้อมูลวันเกิด (birth) 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) <p>โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod11 กรณีสัญชาติไทย 2. ข้อมูลเพศ (sex) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน 3. ข้อมูลสัญชาติ (nation) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็น ต่างด้าว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย 4. ข้อมูลวันเกิด (birth) <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน 120 ปี 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน - กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น (ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ) |

| ข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพ ของระบบสารสนเทศ | เกณฑ์การตรวจประเมิน |
|---|---|
| 5. ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากร เข้าชั้นภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าชั้นไม่เกินร้อยละ 0.10 | มีผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูล จากเว็บไซต์ http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/ ณ วันที่ 31 ธค.62 และ 31 มีค. 63 , วันที่ 30 มิย.63 และ 30 สค.63 ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าชั้นไม่เกินร้อยละ 0.10 |

ตัวชี้วัดที่ 14 : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คปสอ.

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : 0.5

เป้าหมาย : ระดับ 5

คำอธิบาย เป็นการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงาน คปสอ. โดยประเมินจากผลคะแนนของการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งหมด ๕ กิจกรรมที่สำคัญ กิจกรรมละ ๑ คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

| ข้อ | กิจกรรม | คะแนน |
|-----|---|-------|
| ๑ | มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ. | 1 |
| ๒ | มีแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพระดับอำเภอ | 1 |
| ๓ | มีการประชุม คปสอ. อย่างน้อยปีละ ๖ ครั้ง | 1 |
| ๔ | มีการนิเทศผสมผสาน ปีละ ๒ ครั้ง/ปี/สถานบริการ | 1 |
| ๕ | มีสรุปผลการนิเทศผสมผสานและสรุปผลปฏิบัติงานประจำปี | 1 |

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | ระดับคะแนน | | | | |
|--------------------------------------|---------|------------|---------|---------|---------|---------|
| ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คปสอ. | 0.5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 1 คะแนน | 2 คะแนน | 3 คะแนน | 4 คะแนน | 5 คะแนน |

เกณฑ์การประเมิน

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|--|---|---|--|
| ๑.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ. ๒.มีแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพระดับอำเภอ ๓.การประชุม คปสอ. | ๑. มีการประชุม คปสอ. ๒. มีการนิเทศผสมผสาน ๓. สรุปรายงานการประชุมและการนิเทศผสมผสาน ส่ง สสจ. | ๑. มีการประชุม คปสอ. ๒. มีการนิเทศผสมผสาน ๓. สรุปรายงานการประชุมและการนิเทศผสมผสาน ส่ง สสจ. | ๑. สรุปผลการนิเทศผสมผสานและสรุปผลปฏิบัติงานประจำปี |

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวงศ์ โดยพิลา

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายจักรพงศ์ เหล่าทองคำ

ชื่อตัวชี้วัดที่ 15 : ร้อยละการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก.....

คำอธิบาย

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทุกคนในเขตรับผิดชอบทุกคน (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และตัวอยู่จริง, Type3 : อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
2. การคัดกรองภาวะหกล้ม หมายถึง การคัดกรองภาวะล้ม โดยใช้แบบคัดกรองภาวะหกล้ม (Time up and go test) ของกรมสุขภาพจิต

เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 6 เดือน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|---------------------------------------|---------|---|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ | | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |

เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 12 เดือน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|---------------------------------------|---------|---|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ | | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 |

วิธีการเก็บข้อมูล บันทึกในโปรแกรมบริการของหน่วยบริการ

แหล่งข้อมูล HDC

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

| ตัวชี้วัด | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | |
|---------------------------------------|-------|----------------------------|-------|-------|
| | | 2560 | 2561 | 2562 |
| ร้อยละการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ | 80 | 47.10 | 61.89 | 62.76 |

ชื่อตัวชี้วัดที่ 16 : ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

ชื่อตัวชี้วัด 16 : ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

1. ร้อยละ 90 ของเด็กปฐมวัย ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
2. ร้อยละ 20 ของเด็กปฐมวัย ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า
3. ร้อยละ 90 ของเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม
4. ร้อยละ 65 ของเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

หน่วยวัด :

คำอธิบาย :

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคน ในเขตรับผิดชอบ (Type area 1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและตัวอยู่จริง, Type area 3: อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง การคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หรือ คู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) (สำหรับเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือมีภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด)

พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการในช่วงอายุนั้นๆ ครั้งแรก และผลการคัดกรองพัฒนาการผ่านไม่ครบ 5 ด้าน รวมกับเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที

พัฒนาการสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที หมายถึง เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า หรือมีความผิดปกติอย่างชัดเจน

พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า (เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที) ได้รับการคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 ภายใน 30 วัน (หลังจากได้รับการคัดกรองครั้งแรก)

เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้รับการติดตาม แล้วผลการคัดกรองพัฒนาการผ่านไม่ครบ 5 ด้าน รวมทั้งเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที

การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หมายถึง การกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for intervention)

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | |
|---|---------|---|---------------|---------------|---------------|
| | | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน | | ผ่านข้อ 1 | ผ่านข้อ 1 - 2 | ผ่านข้อ 1 - 3 | ผ่านข้อ 1 - 4 |

วิธีการเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกการให้บริการของหน่วยบริการ (JHCIS HosXP)

แหล่งข้อมูล: HDC

| | |
|------------------------|--|
| สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด | <p>1.ร้อยละของเด็กปฐมวัย ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ = $B/A*100$</p> <p>2.ร้อยละของเด็กปฐมวัย ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า = $C/B*100$</p> <p>3.ร้อยละของเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม = $D/C*100$</p> <p>4.ร้อยละของเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I = $F/E*100$</p> |
| รายการข้อมูลที่ 1 | A = จำนวนเด็กปฐมวัย ในเขตรับผิดชอบทุกคน (Type1 : มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และตัวอยู่จริง, Type3 : อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) |
| รายการข้อมูลที่ 2 | B = จำนวนเด็กปฐมวัยทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ในช่วงเวลาที่กำหนด |
| รายการข้อมูลที่ 3 | C = จำนวนเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในช่วงเวลาที่กำหนด |
| รายการข้อมูลที่ 5 | D = จำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม |
| รายการข้อมูลที่ 6 | E = จำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า |
| รายการข้อมูลที่ 7 | F = จำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I |

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

| ตัวชี้วัด | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ | | |
|---|-------|--------------------------------|-------|-------|
| | | 2560 | 2561 | 2562 |
| 1.ร้อยละของเด็กปฐมวัย ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ | 90 | 94.24 | 86.93 | 90.24 |
| 2.ร้อยละของเด็กปฐมวัย ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบพัฒนาการ สงสัยล่าช้า | 20 | 20.02 | 23.52 | 31.21 |
| 3.ร้อยละของเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม | 90 | 90.30 | 87.70 | 93.23 |
| 4.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I | 60 | NA | 23.40 | 52.83 |

ชื่อตัวชี้วัดที่ 17 : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนเพิ่มขึ้น.....

ชื่อตัวชี้วัดที่ 17 : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนเพิ่มขึ้น

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กอายุ ตั้งแต่แรกเกิด - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ปี 2558 มีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ปี 2558 มีค่าอยู่ในช่วง $+1.5$ SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง

สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่สูงดีและสมส่วน ในคนเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|---|---------|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนเพิ่มขึ้น | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

วิธีการเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกการให้บริการของหน่วยบริการ (JHCIS HosXP)

แหล่งข้อมูล: HDC

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

| ตัวชี้วัด | ปีงบประมาณ | | |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | 2560 (งวด 4) เกณฑ์ 51% | 2561 (งวด 4) เกณฑ์ 54% | 2562 (งวด 4) เกณฑ์ 57% |
| ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน จ.สตูล | 44.76 | 44.21 | 47.04 |
| -อำเภอเมืองสตูล | 44.84 | 45.27 | 44.72 |
| -อำเภอควนโดน | 42.89 | 47.36 | 53.76 |
| -อำเภอควนกาหลง | 45.78 | 44.75 | 49.89 |
| -อำเภอท่าแพ | 52.08 | 46.92 | 57.36 |
| -อำเภอละงู | 36.59 | 36.25 | 40.42 |
| -อำเภอทุ่งหว้า | 51.23 | 53.60 | 47.54 |
| -อำเภอมะนัง | 44.23 | 44.12 | 47.74 |

ที่มา : HCD ณ 16 ธ.ค. 62

ตัวชี้วัดที่ 18 : ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทุกคนในเขตรับผิดชอบทุกคน (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและตัวอยู่จริง, Type3 : อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

2. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นเป็นภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 6 เดือน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน เทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|--|---------|---|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม | | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |

เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 12 เดือน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|--|---------|---|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม | | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 |

วิธีการเก็บข้อมูล บันทึกในโปรแกรมบริการของหน่วยบริการ

แหล่งข้อมูล HDC

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

| ตัวชี้วัด | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | |
|--|-------|----------------------------|-------|-------|
| | | 2560 | 2561 | 2562 |
| ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม | 80 | 45.77 | 62.02 | 59.97 |

ชื่อตัวชี้วัดที่ 19 : ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์

ชื่อตัวชี้วัดที่ 19 : ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์

คำอธิบาย :

ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง บริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ครบทั้ง 5 ครั้ง ตามช่วงอายุครรภ์ ดังนี้

- ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์
- ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 - < 20 สัปดาห์
- ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 - < 26 สัปดาห์
- ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 - < 32 สัปดาห์
- ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | |
|---|---------|------------------|-----|-----|-----|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ | | 64% | 67% | 70% | 73% | 76% |

วิธีการเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกการให้บริการของหน่วยบริการ (JHCIS HosXP)

แหล่งข้อมูล: HDC

| | |
|---------------------------|---|
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ = B/A*100 |
| รายการข้อมูลที่ 1 | A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอด (Type area 1,3 BTYPE ไม่เท่ากับ 6) ในช่วงเวลาที่กำหนด |
| รายการข้อมูลที่ 2 | B = จำนวน A ที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ในช่วงเวลาที่กำหนด |

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

| ตัวชี้วัด | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | |
|---|-------|----------------------------|-------|-------|
| | | 2560 | 2561 | 2562 |
| ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ | 75% | 61.05 | 61.51 | 68.62 |

ชื่อตัวชี้วัดที่ 20 : ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์

ชื่อตัวชี้วัดที่ 21 : ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์

คำอธิบาย :

หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและลูกในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่1 อายุบุตรไม่เกิน 7 วัน นับถัดจากวันคลอด

ครั้งที่ 2 ตั้งแต่อายุบุตร 8 วัน แต่ไม่เกิน 15 วัน นับถัดจากวันคลอด

ครั้งที่ 3 ตั้งแต่อายุบุตร 16 วัน แต่ไม่เกิน 42 วัน นับถัดจากวันคลอด

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | |
|--|---------|------------------|-----|-----|-----|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ | | 68% | 70% | 72% | 74% | 76% |

วิธีการเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกการให้บริการของหน่วยบริการ (JHCIS HosXP)

แหล่งข้อมูล: HDC

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

| ตัวชี้วัด | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ | | |
|--|-------|----------------------------|-------|-------|
| | | 2560 | 2561 | 2562 |
| ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ | 90 | 64.16 | 67.43 | 72.18 |

ชื่อตัวชี้วัดที่ 21 : : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับ

ชื่อตัวชี้วัดที่ 21 : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วย
ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก

เป้าหมาย : ร้อยละ ๑๙.๕

คำอธิบาย :

๑. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ แบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น
๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การบำบัดมือเกลือ
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

๓. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

๔. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานิออนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

สูตรคำนวณ :

$$= (B/A) \times 100$$

ความหมาย

A = จำนวนผู้รับบริการ(ครั้ง)ที่ได้รับการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A-Y) หรือแพทย์แผนไทย (รหัสขึ้นต้นด้วย U ยกเว้น U77 หรือ U77x)

B = จำนวนผู้รับบริการ(ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U50-U76 และU78-U79 / การจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 /การให้หัตถการ(900-77-00 ถึง 900-78-88) /หัตถการส่งเสริมสุขภาพ(900-79-00 ถึง 900-79-99)อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมรหัสZ

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|---|---------|---|----------------|----------------|----------------|--------------------------------------|
| | | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | | น้อยกว่า หรือ เท่ากับ ร้อยละ ๑๗.๕ | ร้อยละ ๑๘.๐ | ร้อยละ ๑๘.๕ | ร้อยละ ๑๙.๐ | มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ ๑๙.๕ |

เกณฑ์การประเมิน

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|--|--|--|---|
| ๑.มีระบบบริหารจัดการยาสมุนไพรใน รพ./จังหวัด ๑.๑ มีการจัดประชุมคณะทำงาน/คณะกรรมการบริหารจัดการยาสมุนไพรของ รพ./จังหวัด | ๑.จัดบริการแพทย์แผนไทยในคลินิกหมอครอบครัว ๒.ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก(First Line drug) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒ รายการ ๓.บูรณาการการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถาน | ๑.สถานบริการสาธารณสุขระดับ รพท. , รพช. มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น -คลินิกครบวงจร -คลินิกเฉพาะโรค -การแพทย์แผนจีน ๒.รพ.และ รพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทย ผ่านมาตรฐาน | ๑.มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๙.๕ ๒.ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร โดยมี |

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|---|---|--|--|
| <p>๑.๒. มีปัญหาซิยาสมุนไพรรอง รพ./จังหวัด ไม่น้อยกว่า ๓๐ รายการ</p> <p>๑.๓ มีการกำหนดยาสมุนไพรรทดแทนหรือใช้ยาสมุนไพรรเป็นลำดับแรก(First Line drug)</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เพื่อพัฒนาการบริการให้ได้มาตรฐาน</p> <p>๓. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข</p> | <p>บริการทุกระดับให้มีการบริการ ตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริม รักษาโรคเรื้อรัง เช่น DM , HT , COPD</p> | <p>รพ.สส.พท.ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๓.ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพฯ อย่างน้อย รพ.ละ ๑ โครงการ</p> <p>๔.มีงานวิจัย R2R , CQI , นวัตกรรม ด้านการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก อย่างน้อย รพ.ละ ๑ เรื่อง</p> | <p>จำนวนการส่งจ่ายยาสมุนไพรรไม่น้อยกว่า ร้อยละ๖ ของการส่งจ่ายยาทั้งหมด</p> |

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม / จังหวัดรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน๔๓ แฟ้ม

ชื่อตัวชี้วัดที่ 22 : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการบริหารจัดการ.....

ตัวชี้วัดที่ 22 : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการบริหารจัดการงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่าย
ในลักษณะงบลงทุน(งบค่าเสื่อม) ปีงบประมาณ 2563 ที่หน่วยบริการได้รับจัดสรร

หน่วยวัด : ระดับ

คำอธิบาย : การบริหารงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์
สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) ใน
ปีงบประมาณ 2563 ได้กำหนดให้หน่วยบริการจัดทำแผนการจัดหาและจัดซื้อ จัดจ้างหรือเช่าเพื่อทดแทน
ส่วนขาดและซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจากการให้บริการ
สาธารณสุข ตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การ
จ่ายเงิน การรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุน และส่งเสริมการ
จัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ.2559 ในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 12 ตุลาคม 2559 หมวด 4
ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

แหล่งที่มาของข้อมูล : <https://ucapps.nhso.go.th/InvestmentBudget/production/>

เกณฑ์เป้าหมาย :

| | | | |
|--|---|---|-------|
| 1. หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลในเว็บไซต์ครบถ้วน | = | 1 | คะแนน |
| 2. หน่วยบริการมีการทำสัญญา (3 คะแนน) | | | |
| 30 - 49 % | = | 1 | คะแนน |
| 50 - 69 % | = | 2 | คะแนน |
| > 70 % | = | 3 | คะแนน |
| 3. หน่วยบริการมีตรวจรับ > 50 % | = | 1 | คะแนน |

รวมคะแนนการประเมินทั้ง 3 ข้อ = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัดที่ 23 : ร้อยละ 100 ของ (รพ.สต.) ที่ กกก.ตรวจสอบภายในระดับอำเภอ.....

ชื่อตัวชี้วัดที่ 23 : ร้อยละ 100 ของ (รพ.สต.) ที่ คกก.ตรวจสอบภายในระดับอำเภอได้ทำการตรวจสอบภายใน
ความเชื่อมโยงตัวชี้วัด ภารกิจกลุ่มงาน

หมวด -

แผนงานที่ -

โครงการที่ -

ลักษณะ -

ระดับการวัดผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 54 แห่ง

ค่านิยาม รพ.สต. ได้รับการตรวจสอบภายในหมายถึง รพ.สต. ได้รับการตรวจสอบภายใน ตามแผนการ
ตรวจสอบภายในที่อำเภอแต่ละแห่งดำเนินการ โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในของระดับอำเภอ ตาม
รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม และได้มีการรายงานผลให้ สสจ.สตูล ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์เป้าหมาย: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้รับการตรวจสอบภายในครบทุกแห่ง

ระดับการวัดผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 54 แห่ง

ค่านิยาม รพ.สต. ได้รับการตรวจสอบภายในหมายถึง รพ.สต. ได้รับการตรวจสอบภายใน ตามแผนการ
ตรวจสอบภายในที่อำเภอแต่ละแห่งดำเนินการ โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในของระดับอำเภอ ตาม
รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม และได้มีการรายงานผลให้ สสจ.สตูล ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์เป้าหมาย: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้รับการตรวจสอบภายในครบทุกแห่ง

| | | | | | |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| ปีงบประมาณ | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 | 2567 |
| ค่าเป้าหมาย | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 |

วัตถุประสงค์ -

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 54 แห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล จัดเก็บจากรายงานการตรวจสอบภายในที่ส่งให้จังหวัดทราบเป็นรายไตรมาส

แหล่งข้อมูล รายงานการตรวจสอบภายในของ คกก.ตรวจสอบภายในระดับอำเภอ

รายการข้อมูล 1 A = จำนวน รพ.สต. ที่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในระดับอำเภอได้ดำเนินการ
ตรวจสอบภายใน

รายการข้อมูล 2 B = จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$

| | | | | |
|------------------------|----------------|-------------|-------------|--------------|
| ระยะเวลาประเมินผล | 12 เดือน | | | |
| เกณฑ์การประเมินปี 2563 | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| | มีการกำหนดแผนฯ | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 100 |

วิธีการประเมินผล: -

เอกสารสนับสนุน: -

| | | | | | |
|-------------------------|---|----------|------|------|-------|
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 | | | | |
| | Baseline | หน่วยวัด | 2560 | 2561 | 2562 |
| | รพ.สต. ได้รับการตรวจสอบภายใน | ร้อยละ | - | - | 55.55 |

คะแนนเต็ม 5 คะแนน

| | | | | |
|-----------------|--|---------|---|-------|
| วิธีการให้คะแนน | ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน 1 หน่วยต่อ 1 คะแนน | | | |
| | ร้อยละ 60 หรือน้อยกว่า | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| | ร้อยละ 61 - 70 | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| | ร้อยละ 71 - 80 | เท่ากับ | 3 | คะแนน |
| | ร้อยละ 81 - 90 | เท่ากับ | 4 | คะแนน |
| | ร้อยละ 91- 100 | เท่ากับ | 5 | คะแนน |

ชื่อตัวชี้วัดที่ 24 : ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ.....

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๒๔ : ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

หน่วยวัด : ร้อยละการเบิกจ่าย

เป้าหมาย : เพื่อเร่งรัดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณให้เป็นไปตามมติครม. /สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ร้อยละ 98

คำอธิบาย :

สูตรการคำนวณ :

| | | |
|--------------|---|--|
| ไตรมาส 1 - 2 | = | $\frac{\text{จำนวนเงินเบิกจ่าย}}{\text{ยอดรับจัดสรรครั้งที่ 1}}$ |
| ไตรมาส 3 - 4 | = | $\frac{\text{จำนวนเงินเบิกจ่าย}}{\text{ยอดรับจัดสรรทั้งหมด}}$ |

เกณฑ์การให้คะแนน

| ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน เทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด | | | | |
|-------------------------------|---------|---|----|----|----|----|
| | | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ | | | | | | |
| ไตรมาส 1 | | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 |
| ไตรมาส 2 | | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 |
| ไตรมาส 3 | | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 |
| ไตรมาส 4 | | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 |

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลเบิกจ่ายและจัดสรรจากงานการเงิน สสจ.สตูล