

## ตัวชี้วัดระดับ คปสอ. ปี 2564

ตัวชี้วัดที่ 1 : ร้อยละของนักเรียนอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก

หน่วยวัด : ร้อยละ

เป้าหมาย : ร้อยละ 74

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 23	ร้อยละ 40	ร้อยละ 57	ร้อยละ 74

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

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

สูตรการคำนวณ :

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

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของนักเรียนอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก	0.5	68	71	74	77	80

เกณฑ์การประเมิน

รอบ 6 เดือน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 28	ร้อยละ 31	ร้อยละ 34	ร้อยละ 37	ร้อยละ 40

รอบ 12 เดือน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 68	ร้อยละ 71	ร้อยละ 74	ร้อยละ 77	ร้อยละ 80

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล ระบบรายงาน 43 แฟ้ม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวกัญญ์วรา วิลามาศ ทันตแพทย์ปฏิบัติการ เบอร์ติดต่อ : 0875481956

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางวีรียา มาลีณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ : 0897323458

ตัวชี้วัดที่ 2 : ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ที่สามารถพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์

GREEN & CLEAN Hospital

หน่วยวัด : ระดับขั้นความสำเร็จ

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

: รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานอย่างน้อยร้อยละ 60

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 ในระดับอำเภอและระดับโรงพยาบาล
2	คปสอ. มีการพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วม เช่น การประชุมชี้แจง,การจัดอบรม เป็นต้น
3	โรงพยาบาลมีการดำเนินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital มีการศึกษาลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ให้ครบถ้วน ทุกเดือน และ คปสอ. รวบรวมผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ส่งไปยัง สสจ.
4	โรงพยาบาลในแต่ละ คปสอ. ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital โดยคณะกรรมการประเมิน สสจ.สตูล
5	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ยกกระดับ 1 ขั้นจากเดิม และรพ.สต. ผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ 60

## เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีการกำหนดนโยบาย แผนงาน ขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN &amp; CLEAN Hospital ใน ระดับ อำเภอ โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง</p> <p>2. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีม คณะทำงานเพื่อดำเนินการตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital</p> <p>3.โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการคีย์ ลง ข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่ง มูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p>	<p>1. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital</p> <p>2. โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภออย่างน้อย ร้อยละ 60 มีผลการประเมิน <b>ตนเองผ่านตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital</b></p> <p>3. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการคีย์ลงข้อมูลในโปรแกรม กำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ( Manifest system) ให้ ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p>	<p>1. โรงพยาบาลทุกแห่ง มี การประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital ยกระดับ 1 ขึ้นจากเดิม โดย ทีม สสจ.สตูล</p> <p>2. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ได้รับการประเมินตาม เกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital โดยทีม สสจ. สตูล</p> <p>3. โรงพยาบาลทุกแห่ง มี การ คีย์ ลง ข้อมูล ใน โปรแกรมกำกับการขนส่ง มูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุก สัปดาห์</p>	<p>1. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital ยกระดับ 1 ขึ้นจากเดิม โดย ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา</p> <p>2. อย่างน้อย ร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ในแต่ละ อำเภอ ประเมินผ่าน เกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป โดยทีม สสจ.สตูล</p> <p>3. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการคีย์ลงข้อมูลใน โปรแกรมกำกับการ ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p>

### หมายเหตุ :

1. โรงพยาบาลที่ประเมินผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก PLUS แล้ว จะต้องมีการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาระดับตามเกณฑ์มาตรฐาน และให้ถือว่ามีการยกระดับโดยอัตโนมัติ
2. อย่างน้อยร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป คิดจาก จำนวน รพ.สต. ที่ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไปแล้ว ในปี 2563 และ รพ.สต. ที่ ดำเนินการเพิ่มเติมในปี 2564 โดย รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จะมีอายุการรับรอง 2 ปี จึงจะมี การประเมินซ้ำ เว้นแต่ รพ.สต. นั้นๆ ประสงค์ขอรับการประเมินเพื่อยกระดับที่สูงขึ้น
3. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :
  - 3.1 ฐานข้อมูลจากโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest system) ที่ website <http://envmanifest.anamai.moph.go.th> และแบบรายงานข้อมูลการตรวจประเมิน GREEN & CLEAN Hospital

- 3.2 การคีย์บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) โรงพยาบาล จะต้อง ดำเนินการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลและต้องเป็นผู้บันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ รพ.สต. นำฝากเพื่อส่งกำจัดให้ครบถ้วนด้วย
- 3.3 โรงพยาบาล/สสอ.บันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด
- 3.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้ศูนย์อนามัยเพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของเขต

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นายวรายุส วรรณวิไล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 086-9605878

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นายสันติพงษ์ ทองหอม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 087-4747036

### ตัวชี้วัดที่ 3 : การจัดการความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน (Risk management for RDU community)

1. ระดับความสำเร็จของการจัดการความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน (RDU community)

หน่วยวัด : ระดับ

เป้าหมาย : ค่าเป้าหมาย คะแนน เท่ากับ 5

คำอธิบาย :

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน (Rational Drug Use in Community : RDU Community) หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น

การจัดการความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน (Risk management for RDU community) เป็นการประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่ โดยการกำหนดชุมชนตัวอย่างของแต่ละอำเภอ โดยการประเมินความรู้ในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ที่ปลอดภัย การใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยไม่ปลอมปนสเตียรอยด์ ปลอดภัยกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีฉลากหรือทะเบียน และความเสี่ยงในการเกิดอาการแพ้ต่าง ๆ จากผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง ผ่านกลไกการเฝ้าระวังในพื้นที่โดยบุคลากรในพื้นที่ โดยการตรวจประเมิน และเยี่ยมบ้านผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่งใน 7 โรค ดังนี้ โรคเกาต์ โรคไขมัน เบาหวาน ความดัน หอบหืด ข้อเสื่อม CKD สืบสวนข้อมูลด้วยแบบสำรวจยาในครัวเรือน การใช้ยาในผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชุด/อำเภอ (อำเภอสามารถเลือกพื้นที่ดำเนินการได้) และการสำรวจการจำหน่ายยาในร้านค้าปลีกของชุมชน

หน้าที่ความรับผิดชอบ :

- ระดับจังหวัด :
1. วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการใช้ยาของชุมชนในภาพรวมระดับจังหวัด
  2. จัดการความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน
  3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร

- ระดับอำเภอ :
1. วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการใช้ยาของชุมชน
  2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร/แกนนำชุมชน
  3. คัดเลือกตำบลนำร่องอำเภอละ 1 ตำบล เพื่อดำเนินกิจกรรม

- ระดับตำบล :
1. สืบสวนการใช้ยาในระดับครัวเรือน
  2. สืบสวนการจำหน่ายยาในร้านค้าปลีกของชุมชน

## เกณฑ์เป้าหมาย

ระดับคะแนน	ระดับขั้นตอนความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓
ขั้นตอน	คำอธิบาย				
1	สำรวจและวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาของชุมชน				
2	มีโครงการ/แผนการดำเนินงานระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยาในชุมชน โดยดำเนินการบูรณาการร่วมกับองค์กรระดับตำบล (รพ.สต./อบต.)				
3	มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรเพื่อการดำเนินการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในชุมชน				
4	ดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาการใช้ยาในชุมชน การเยี่ยมบ้าน และสำรวจการใช้ยาในครัวเรือน ตามกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 70 ท่าน/อำเภอ, สำรวจการจำหน่ายยาในร้านค้าปลีกของชุมชน				
5	มีผลการดำเนินการ ผลวิเคราะห์ และสรุปปัญหาการใช้ยาในชุมชนของแต่ละอำเภอเพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางในปีถัดไป				

### ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

- |                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| 1. นายภาชิต พิศาลสุทธิกุล     | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ         |
| กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค     | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-723566 | โทรศัพท์มือถือ : 086-4816612 |
| โทรสาร : 074-721523           | E-mail : satun_fda@yahoo.com |

### ผู้จัดเก็บข้อมูล

- |                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| 1. นางสุขมาลย์ พัฒนศิริ       | เภสัชกรชำนาญการ              |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-723566 | โทรศัพท์มือถือ : 086-4816612 |
| โทรสาร : 074-721523           | E-mail : satun_fda@yahoo.com |
| 2. นายนิธิศ สุธากุล           | เภสัชกรชำนาญการ              |
| โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-723566 | โทรศัพท์มือถือ : 086-4816612 |
| โทรสาร : 074-721523           | E-mail : satun_fda@yahoo.com |

ตัวชี้วัดที่ 4 : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง

หน่วยวัด : ร้อยละ

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	≥1	≥2	≥3	≥4	≥5

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางจำดี แป้นเหลือ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ตัวชี้วัดที่ 5 : ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง

หน่วยวัด : ร้อยละ

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2.5

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	≥0.5	≥1	≥1.5	≥2	≥2.5

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางจำดี แป้นเหลือ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุทธิมาศ บินสอาด



ตัวชี้วัดที่ 6 : อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

หน่วยวัด : ร้อยละ

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	-	$\geq 20$	$\geq 40$	$\geq 60$

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ 6 เดือน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	$\geq 1$	$\geq 5$	$\geq 10$	$\geq 15$	$\geq 20$

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ 9 เดือน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	$\geq 1$	$\geq 10$	$\geq 20$	$\geq 30$	$\geq 40$

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ 12 เดือน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	$\geq 20$	$\geq 30$	$\geq 40$	$\geq 50$	$\geq 60$

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางจำดี แป้นเหลือ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ตัวชี้วัดที่ 7 : ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน

หน่วยวัด : ร้อยละ

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	-	≥20	≥30	≥40

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ 6 เดือน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	≥1	≥5	≥10	≥15	≥20

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ 9 เดือน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	≥5	≥10	≥20	≥30	≥40

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน รอบ 12 เดือน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	≥20	≥30	≥40	≥50	≥60

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางจำดี แป้นเหลือ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ตัวชี้วัดที่ 8 : ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการวัคซีนแต่ละชนิดครบชุดตามเกณฑ์

หน่วยวัด : ร้อยละ

เป้าหมาย : เด็กอายุ 0-5 ปี

- คำอธิบาย
1. เด็กอายุครบ 1 ปี (ประเมินเด็กที่เกิดรายไตรมาส เมื่อปี พ.ศ. ที่ผ่านมา)
    - 1.1 เกณฑ์ที่กำหนด
      - Coverage BCG, HB, IPV, DTP-HB<sub>3</sub>, OPV<sub>3</sub> ≥ 90% รายหมู่บ้าน/ตำบล
      - Coverage MMR1 > 95% รายหมู่บ้าน/ตำบล
    - 1.2 เกณฑ์ประเมินคะแนน
      - Coverage BCG-MMR1 ≥ 90% รายหมู่บ้าน/ตำบล
  2. เด็กอายุครบ 2 ปี (ประเมินเด็กที่เกิดรายไตรมาส เมื่อ 2 ปี พ.ศ. ที่ผ่านมา)
    - 2.1 เกณฑ์ที่กำหนด
      - Coverage DTP<sub>4</sub>, OPV<sub>4</sub>, JE<sub>1</sub> ≥ 90% รายหมู่บ้าน/ตำบล
    - 2.2 เกณฑ์ประเมินคะแนน
      - Coverage BCG-DTP<sub>4</sub> ≥ 90% รายหมู่บ้าน/ตำบล
  3. เด็กอายุครบ 3 ปี (ประเมินเด็กที่เกิดรายไตรมาส เมื่อ 3 ปี พ.ศ. ที่ผ่านมา)
    - 3.1 เกณฑ์ที่กำหนด
      - Coverage JE<sub>2</sub> ≥ 90% รายหมู่บ้าน/ตำบล
      - Coverage MMR<sub>2</sub> > 95% รายหมู่บ้าน/ตำบล
    - 3.2 เกณฑ์ประเมินคะแนน
      - Coverage BCG-JE<sub>2</sub> ≥ 90% รายหมู่บ้าน/ตำบล
  4. เด็กอายุครบ 5 ปี (ประเมินเด็กที่เกิดรายไตรมาส เมื่อ 5 ปี พ.ศ. ที่ผ่านมา)
    - 4.1 เกณฑ์ที่กำหนด
      - Coverage DTP<sub>5</sub>, OPV<sub>5</sub> ≥ 90% รายหมู่บ้าน/ตำบล
    - 4.2 เกณฑ์ประเมินคะแนน
      - Coverage BCG-DTP<sub>5</sub>/OPV<sub>5</sub> ≥ 90% รายหมู่บ้าน/ตำบล

## สูตรการคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนครบชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด}}{\text{จำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด}} \times 100$$

## เกณฑ์การให้คะแนน

- ประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด (fully immunized) ของกลุ่มเป้าหมาย (4 กลุ่มอายุ) คิดเป็นร้อยละ เทียบเป็นคะแนน
- เอาคะแนนที่ได้ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายมารวมกัน หาค่าเฉลี่ย 4 เป็นค่าเฉลี่ย

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับวัคซีนครบชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด (fully immunized)	ร้อยละ	<80	80-84	85-89	90-94	>95

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ข้อมูลจาก HDC สะสม รายไตรมาส P

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ผู้จัดเก็บข้อมูล

นางมาลี มาลินี

**ตัวชี้วัดที่ 9 : ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์**

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

- ครั้งที่ 1 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	1	75	80	85	90	95

**วิธีการเก็บข้อมูล :** บันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกการให้บริการของหน่วยบริการ (JHCIS HosXP)

**แหล่งข้อมูล :** HDC

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	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		
		2561	2562	2563
ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	75	67.43	72.18	85.72

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางฉัตรพิไล เจียรระนัย

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางเบญจวรรณ ใจเย็น

ตัวชี้วัดที่ 10 : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

- เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กอายุ ตั้งแต่แรกเกิด - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
- ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ หมายถึง ได้รับการชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว (ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี) หรือวัดส่วนสูง (ในเด็กอายุ 2 ปี ขึ้นไป)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ	0.5	75	80	85	90	95

วิธีการเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกการให้บริการของหน่วยบริการ (JHCIS HosXP)

แหล่งข้อมูล : HDC

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ $= B/A*100$
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตรับผิดชอบทุกคน (Type1 : มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และตัวอยู่จริง, Type3 : อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวน A ที่ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ในช่วงเวลาที่กำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		2561 (งวด 4)	2562 (งวด 4)	2563 (งวด 4)
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ	90	76.89	76.54	81.90

ที่มา : HCD ณ 25 ต.ค. 63

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุนีย์ เอื้อประเสริฐ

## ตัวชี้วัดที่ 11 : ร้อยละของเด็ก 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

หน่วยวัด : ร้อยละ

### คำอธิบาย :

- ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก หมายถึง ยาน้ำที่มีส่วนประกอบของธาตุเหล็ก ของ elemental iron 12.5 มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ 6 เดือน-2 ปี และ 25 มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไป-5 ปี
- เด็ก 6 เดือน - 5 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 59 เดือน ที่มารับบริการคลินิก ภูมิคุ้มกันโรค ทุกราย (ในแต่ละไตรมาส ไม่นับคนซ้ำ)
- การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
  1. จ่ายทุกครั้งที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกันโรค (ช่วงอายุ 2, 4, 6, 9, 12, 18 เดือน 2 ปี และ 4 ปี)
  2. จ่ายตามปริมาณที่กำหนดตามคำแนะนำ (คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก) โดยคำนวณให้กินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนถึงวันที่เด็กจะกลับมารับบริการในครั้งต่อไป
  3. บันทึกการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กลงใน แฟ้ม Drug ส่งออกตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม

### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของเด็ก 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	0.5	60	65	70	75	80

วิธีการเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกการให้บริการของหน่วยบริการ (JHCIS HosXP)

แหล่งข้อมูล: HDC

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็ก 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก $= B/A*100$
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนเด็ก 6 เดือน - 5 ปี ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกันโรคทุกคน ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวน A ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในช่วงเวลาที่กำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		2561	2562	2563
ร้อยละของเด็ก 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก	70	13.54	19.98	34.90

ที่มา : HCD ณ 25 ต.ค. 63

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุนีย์ เอื้อประเสริฐ



ตัวชี้วัดที่ 12 : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ  
ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หน่วยวัด : ร้อยละ

เป้าหมาย : ร้อยละ 20.5

คำอธิบาย :

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

2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การทักหม้อเกลือ
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มี

การเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

3. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ผิงเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มี การเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

$$\text{สูตรคำนวณ} = (B/A) \times 100$$

ความหมาย

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

B = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50-U76 และ U78-U79 / การจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 /การให้หัตถการ(900-77-00 ถึง 900-78-88) /หัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79-99) ใดๆอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมรหัส Z

**ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี**

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563
ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	24.38	22.11	22.40

**เกณฑ์การให้คะแนน**

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	0.5	18.5	19.5	20.5	21.5	22.5

### เกณฑ์การประเมิน (Small Success)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีระบบบริหารจัดการยาสมุนไพรมุ่งเน้นในจังหวัด 2. มีการจัดทำ CPG ในหน่วยบริการ 3. จัดประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่นด้านการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด	1. จัดบริการแพทย์แผนไทยในคลินิกหมอครอบครัว 2. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรงานแพทย์แผนไทย 3. จัดงานนิทรรศการร่วมในงานประจำปี/งานมหกรรมภาค	1. รพ. ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ครบทุกแห่ง 2. มีข้อมูลผู้ปลูกสมุนไพรรายา/หมอพื้นบ้านทุกอำเภอ	1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20.5 2. มีคลินิกให้บริการยาสมุนไพรทางการแพทย์แผนไทยใน รพ. อย่างน้อย 4 แห่ง 3. การจ่ายยาสมุนไพรมิ น้อยกว่า ร้อยละ 6

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม / จังหวัดรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน 43 แฟ้ม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุชมลย์ พัฒนศิริ เกษัชกรชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สสจ.สตูล โทร. 074 711071 ต่อ 104 / 09 3780 4141

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายวิชัย วนิชสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทร. 074 711071 ต่อ 104 / 09 1459 2614

**ตัวชี้วัดที่ 13 : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบงานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ (ตัวชี้วัดระดับอำเภอ)**

**หน่วยวัด :** ระดับความสำเร็จ

**คำอธิบาย :**

เป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอ คณะทำงานพัฒนาข้อมูล 43 แห่ง ระดับอำเภอ และหน่วยบริการ  
ทุกแห่งในแต่ละ คปสอ. จะต้องรับผิดชอบร่วมกัน มุ่งเน้นเรื่องการจัดการสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพและ  
ประสิทธิผล 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 - จัดทำสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร ภายใน 31 มีนาคม 2564	เจ้าหน้าที่/คณะทำงาน รับผิดชอบดูแลฐานข้อมูลของหน่วยงาน ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้ - ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล - ติดตามความทันเวลาของการจัดส่งข้อมูล 43 แห่ง ของหน่วยบริการ - ตรวจสอบข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และสถิติการใช้ข้อมูล - จัดทำสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร ภายใน 1 กันยายน 2564

ประเด็น	แนวทางประเมิน	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
3 มีระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ	<p>- หน่วยงานมีแผนผังระบบรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ และดำเนินการตามแผน</p>	<p>- หน่วยงานส่งรายงานการตรวจสอบและดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>- มีการติดตามการใช้งานระบบสารสนเทศของหน่วยงาน และตรวจตราการละเมิดความปลอดภัยที่มีต่อระบบข้อมูล ที่เป็นไปตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550</p> <p>- มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยธรรมชาติ รวมถึงการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p>
4 ผลการดำเนินงานคุณภาพข้อมูลภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 99.90	<p>- หน่วยงานมีการติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ และผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย 50% (ผ่านอย่างน้อย 3 ข้อจาก 6 ข้อ)</p> <p>- การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2564 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) และภาพรวม 43 แฟ้ม ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เป็นค่าว่างหรือตรงตามหลัก mod11 กรณีสัญชาติไทย</li> </ul> </li> <li>2. ข้อมูลเพศ (sex) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน</li> </ul> </li> <li>3. ข้อมูลสัญชาติ (nation)</li> </ol>	<p>- หน่วยงานมีการติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ และผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย 50% (ผ่านอย่างน้อย 3 ข้อจาก 6 ข้อ)</p> <p>- การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2564 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) และภาพรวม 43 แฟ้ม ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เป็นค่าว่างหรือตรงตามหลัก mod11 กรณีสัญชาติไทย</li> </ul> </li> <li>2. ข้อมูลเพศ (sex) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน</li> </ul> </li> <li>3. ข้อมูลสัญชาติ (nation)</li> </ol>

ประเด็น	แนวทางประเมิน	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
	<p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างด้าว ต้องมี ข้อมูลใน labor ด้วย</p> <p>4. ข้อมูลวันเกิด (birth)</p> <p>- เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจาก วันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่ เกิน 120 ปี</p> <p>5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน กรณีเป็นสถานะ ยัง ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p> <p>6. ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของ ข้อมูลจากเว็บไซต์</p> <p><a href="http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/">http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/</a> ณ วันที่ 31 ธ.ค.63 และ 31 มี.ค.64 ภาพรวม ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 99.90</p>	<p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างด้าว ต้องมี ข้อมูลใน labor ด้วย</p> <p>4. ข้อมูลวันเกิด (birth)</p> <p>- เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจาก วันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่ เกิน 120 ปี</p> <p>5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge)</p> <p>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน กรณีเป็นสถานะ ยัง ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p> <p>6. ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้อง ของข้อมูลจากเว็บไซต์</p> <p><a href="http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/">http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/</a> ณ วันที่ 30 มิ.ย.64 และ 30 ก.ย.64 ภาพรวม ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 99.90</p>
5	<p>ผลการดำเนินงาน การแก้ไขประชากร ซ้ำซ้อนภาพรวม ระดับอำเภอผ่าน เกณฑ์ (ประชากร ซ้ำซ้อนไม่เกิน ร้อยละ 0.10</p> <p>ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากรซ้ำซ้อน จากเว็บไซต์</p> <p><a href="http://hdc2.stno.moph.go.th/recheck/">http://hdc2.stno.moph.go.th/recheck/</a> ณ วันที่ 31 ธ.ค.63 และ 31 มี.ค.64 ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากร ซ้ำซ้อนไม่เกินร้อยละ 0.10</p>	<p>ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากรซ้ำซ้อน จากเว็บไซต์</p> <p><a href="http://hdc2.stno.moph.go.th/recheck/">http://hdc2.stno.moph.go.th/recheck/</a> ณ วันที่ 30 มิ.ย.64 และ 30 ก.ย.64 ภาพรวม ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรซ้ำซ้อนไม่ เกินร้อยละ 0.10</p>

หมายเหตุ : 1. หลักฐานการดำเนินการต่างๆ ขอให้จัดเก็บในรูปแบบ Digital File (Scan เป็นรูปภาพ หรือ PDF) และสามารถส่งหลักฐานได้ทาง e-mail : [mrhero9@hotmail.com](mailto:mrhero9@hotmail.com)

2. ข้อมูลผลงานคุณภาพข้อมูล และผลงานการแก้ไขประชากรซ้ำซ้อน 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	✓	✓	✓	✓	✓

**หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล**

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

กลุ่ม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล	คำอธิบาย/สูตรคำนวณ
	1.หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล (รพ.สต.,PCU, รพช.,รพท.) -หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความครบถ้วน (ร้อยละ 100) -หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความถูกต้อง ร้อยละ99	ร้อยละ 99.90	จากระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43แฟ้ม สสจ.สตูล	คำนิยาม <u>สถานบริการ</u> หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) <u>คุณภาพ</u> หมายถึง ข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านเกณฑ์ตรวจสอบทุกด้าน ทั้งด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน และ ความทันเวลา <u>ความครบถ้วน</u> หมายถึง การบันทึกข้อมูลในระบบ his ของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล 43 แฟ้มผ่านระบบ hdc มีความครบถ้วนของข้อมูลแต่ละแฟ้มตามโครงสร้างมาตรฐาน ในแฟ้มดังนี้ service diagnosis_opd procedure_opd drug_opd anc epi nutrition specialpp <u>ความถูกต้อง</u> หมายถึง การบันทึกข้อมูลในระบบ his ของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล 43 แฟ้มผ่านระบบ hdc มีความครบถ้วนของข้อมูลแต่ละ

	-หน่วยบริการผ่าน เกณฑ์ความ ทันเวลา (ร้อยละ 100)			<p>เพิ่มตามโครงสร้างมาตรฐานมีครบถูกต้องตาม มาตรฐานและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ถูกต้อง <u>ความทันเวลา</u> หมายถึง การส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่าน ระบบ hdc มีความทันเวลาตามเกณฑ์ (ข้อมูลเดือน ที่แล้วส่งภายใน30วันของเดือนถัดไป)</p>
				<p>การรวบรวมข้อมูล - ตรวจสอบผ่านโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพ สสจ.สตูล แต่ละหน่วย บริการนำคะแนนที่ได้ จากผลงาน 3 ด้าน ได้แก่ ความครบถ้วน ความถูกต้อง และความ ทันเวลา แล้วนำผลคะแนนรวมที่ได้มาเฉลี่ย สูตรคำนวณ = (A+B+C)/3 A = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความครบถ้วน (ร้อยละ 100) B = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความถูกต้อง (ร้อยละ 99) C = หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ความทันเวลา (ร้อยละ 100)</p>
				<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>

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สสจ.สตูล

ผู้ประสานงาน : 1. นายเกษม ไพรชูยัน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 08-6965-6965

2. นายประณต มหาวิจิตร

นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 08-5893-4713



ภาคผนวก

คำอธิบายเพิ่มเติมในการพัฒนาปรับปรุงสารสนเทศ

เกณฑ์การตรวจประเมินการเชื่อมโยงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ 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 99.90</p>	<p><input type="checkbox"/> ผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูล จากเว็บไซต์ <a href="http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/">http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/</a> ณ วันที่ 31 ธ.ค.63 และ 31 มี.ค.64 วันที่ 30 มิ.ย.64 และ 31 ส.ค.64 ภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 99.90</p> <p><input type="checkbox"/> การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2564 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid)</li> <li>2. ข้อมูลเพศ (sex)</li> <li>3. ข้อมูลสัญชาติ (nation)</li> <li>4. ข้อมูลวันเกิด (birth)</li> <li>5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge)</li> </ol> <p>โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) -ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod11 กรณีสัญชาติไทย</li> <li>2. ข้อมูลเพศ (sex) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน</li> <li>3. ข้อมูลสัญชาติ (nation) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างด้าว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย</li> <li>4. ข้อมูลวันเกิด (birth) -เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน 120 ปี</li> <li>5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน -กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น (ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ)</li> </ol>

ข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพ ของระบบสารสนเทศ	เกณฑ์การตรวจประเมิน
5. ผลการดำเนินงานการแก้ไขประชากร เข้าซ้อนภาพรวมระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าซ้อนไม่เกินร้อยละ 0.10)	มีผลการดำเนินงานคุณภาพความถูกต้องของข้อมูล จากเว็บไซต์ <a href="http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/">http://hdc2.stno.moph.go.th/sis/</a> ณ วันที่ 31 ธ.ค.63 และ 31 มี.ค.64 , วันที่ 30 มิ.ย.64 และ 30 ส.ค.64 ภาพรวมระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ (ประชากรเข้าซ้อนไม่เกินร้อยละ 0.10)

ตัวชี้วัดที่ 14 : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คปสอ.

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : 0.5

เป้าหมาย : ระดับ 5

คำอธิบาย : เป็นการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงาน คปสอ. โดยประเมินจากผลคะแนนของการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งหมด 5 กิจกรรมที่สำคัญ กิจกรรมละ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อ	กิจกรรม	คะแนน
1	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ.	0.5
2	มีแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพระดับอำเภอ	0.5
3	มีการประชุม คปสอ. อย่างน้อยปีละ 6 ครั้ง	1.5
4	มีการนิเทศผสมผสาน 2 ครั้ง/ปี/สถานบริการ	1.5
5	มีสรุปผลการนิเทศผสมผสานและสรุปผลปฏิบัติงานประจำปี	1

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

เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ. 2. มีแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพระดับอำเภอ 3. การประชุม คปสอ.	1. มีการประชุม คปสอ. 2. มีการนิเทศผสมผสาน 3. สรุปรายงานการประชุมและการนิเทศผสมผสาน ส่ง สสจ.	1. มีการประชุม คปสอ. 2. มีการนิเทศผสมผสาน 3. สรุปรายงานการประชุมและการนิเทศผสมผสาน ส่ง สสจ.	1. สรุปผลการนิเทศผสมผสานและสรุปผลปฏิบัติงานประจำปี

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รายงานการประชุม คปสอ.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวงศ์ โดยพิลา

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายจักรพงศ์ แผล่ทองคำ

**ตัวชี้วัดที่ 15 : ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข  
อย่างน้อย 12 ครั้งต่อปี**

**หน่วยวัด :** ร้อยละ

**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 โควิด-19 ภาวะภัยพิบัติ หมอกควัน วาตภัย น้ำท่วม

**สูตรคำนวณ :**

<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย 12 ครั้งต่อปี
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนสถานบริการ
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย 12 ครั้งต่อปี = $(A / B) \times 100$

**เกณฑ์การให้คะแนน :** โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

เป้าหมาย ปี 2563	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			เกณฑ์การให้คะแนน (รอบ 9 เดือน และ 12 เดือน)				
	2561	2562	2563	1	2	3	4	5
70	-	-	85.71	60	65	70	75	80

เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้ รอบ 3 เดือน และ 6 เดือน

ระดับคะแนน	สถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย 12 ครั้งต่อปี				
	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60
1	/				
2	/	/			
3	/	/	/		
4	/	/	/	/	
5	/	/	/	/	/

โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้ : รอบ 9 เดือน และ 12 เดือน

ระดับคะแนน	สถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย 12 ครั้งต่อปี				
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
1	/				
2	/	/			
3	/	/	/		
4	/	/	/	/	
5	/	/	/	/	/

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

แหล่งข้อมูล	: หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	: การนำเสนอ การรายงานผล การติดตามในพื้นที่
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกสถานบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	: ร้อยละของสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข อย่างน้อย 12 ครั้งต่อปี $= (A / B) \times 100$
วิธีการประเมินผล	: ตามแบบฟอร์มรายงานผลการประเมินสถานบริการที่มีการผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุขสันต์ มรรคาเขต โทรศัพท์ 074 711071 ต่อ 101

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุขสันต์ มรรคาเขต โทรศัพท์ 074 711071 ต่อ 101

**ตัวชี้วัดที่ 16 : ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา**

**หน่วยวัด** : ร้อยละ

**คำอธิบาย**

ระดับอำเภอ จำนวนหน่วยงาน (รพ.สต.,ศูนย์สุขภาพชุมชน,รพ.) ในอำเภอที่ส่งบัตรรายงานหรือ electronic file โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในช่วงเวลาที่กำหนดต่อจำนวนหน่วยงานทั้งหมด ในอำเภอ (โดยมีการประเมินเป็นรายเดือน)

เกณฑ์การรายงาน

1.ระดับ รพ.สต.,ศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

2.ระดับอำเภอ (ศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอ) ต้องรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สัปดาห์ละ 3 ครั้ง คือ วันจันทร์ พุธ ศุกร์

**สูตรการคำนวณ :**

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

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

ตัวชี้วัด	เกณฑ์คะแนน				
	1	2	3	4	5
ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ รายงานโรค (ร้อยละ)	40	50	60	70	80

**แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

- ทะเบียนการส่งรายงาน 506 ของอำเภอ/โรงพยาบาล
- โปรแกรม 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นายมะรอฟี เจ๊ะสื่อแม เบอร์โทรติดต่อ : 0-8965-54363

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางศิริเพ็ญ เจ๊ะสื่อแม เบอร์โทรติดต่อ : 0-8593-43860

ตัวชี้วัดที่ 17 : ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

หน่วยวัด : ร้อยละการเบิกจ่าย

เป้าหมาย : เพื่อเร่งรัดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณให้เป็นไปตามมติ ครม. /สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ.2564

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				
		1	2	3	4	5
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ	1					
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

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นส.วันทิพย์ อุทยานกุล

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นส.อัญคนาย์ พูลสวัสดิ์



ตัวชี้วัดที่ 18 : ร้อยละ 100 ของ (รพ.สต.) ที่ คกก.ตรวจสอบภายในระดับอำเภอได้ทำการตรวจสอบภายใน

หน่วยวัด : รพ.สต (แห่ง)

น้ำหนัก : 100

เป้าหมาย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 54 แห่ง ได้รับการตรวจสอบภายในครบร้อยละ 100

คำอธิบาย : รพ.สต. ได้รับการตรวจสอบภายในหมายถึง รพ.สต. ได้รับการตรวจสอบภายใน ตามแผนการตรวจสอบภายในที่อำเภอแต่ละแห่งดำเนินการ โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในของระดับอำเภอ ตามรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม และได้มีการรายงานผลให้ สสจ.สตูล ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

สูตรการคำนวณ :

รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพ.สต. ที่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในระดับอำเภอได้ดำเนินการตรวจสอบภายใน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละ 100 ของ (รพ.สต.) ที่ คกก.ตรวจสอบภายในระดับอำเภอได้ทำการตรวจสอบภายใน	1	60	70	80	90	100

### เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดแผนฯ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล	รายงานการตรวจสอบภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 54 แห่ง จากระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากรายงานการตรวจสอบภายในที่ส่งให้จังหวัดทราบเป็นรายไตรมาส

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางซาริยา มาราสา

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางซาริยา มาราสา

**ชื่อตัวชี้วัดที่ 19 :** Treatment coverage อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ(ทุกชนิด : All Form) ในปี 2564

**หน่วยวัด :** ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยวัณโรคที่คาดว่าจะมี ในปี 2564

$$\text{วิธีคิด : } \frac{A \times 100}{B}$$

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564)

B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปี 2564 ที่คิดจากอุบัติการณ์ 150/แสนประชากร (กองวัณโรคกำหนดขึ้นทุกปีจาก Global report ของ WHO ที่คำนวณรายพื้นที่)

**ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมี ( Estimate case )**

$$\text{วิธีคิด : } \frac{\text{ประชากร (1 มกราคม 2564)} \times 150}{100,000}$$

### คำอธิบาย

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อนหรือผู้ป่วยที่เคยได้รับยารักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน โดยไม่เคยขึ้นทะเบียนในระบบวัณโรคแห่งชาติ (NTIP)

ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษาโดยสูตรใดๆก็ตามและผ่านการขึ้นทะเบียน โดยได้รับการประเมินว่ารักษาหายหรือรักษาครบแล้วและกลับมาป่วย

ผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด All Form หมายถึง วัณโรคทุกชนิด คือ วัณโรคปอด -ชนิดที่พบเชื้อ (B+) -ชนิดที่ไม่พบเชื้อ (B-)

วัณโรคนอกปอด คือ วัณโรคชนิดที่พบในทุกอวัยวะที่ไม่ใช่ปอด

### เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล ร้อยละ 60

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≥ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60

### แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ทะเบียนรายงาน TB 07 จาก DATA Center โปรแกรม NTIP

### ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

คุณอรนุช นรารักษ์ ตำแหน่ง นวก.สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 081-5437634

### ผู้จัดเก็บข้อมูล

คุณมีเนาะ แหล่งทองคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 081-7670078

คุณรุ่งรัตน์ ดุลยาภรณ์ ตำแหน่ง นวก.สาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 088-7828226