



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล  
SATUN PROVINCIAL HEALTH OFFICE

# ตัวชี้วัดการประเมินผลงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ.

## ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

เรียบเรียงโดย  
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ดาวน์โหลดเอกสาร



074-732341 ต่อ 207



plansatun91@gmail.com



[www.ssj.stno.moph.go.th](http://www.ssj.stno.moph.go.th)



## คำนำ

รายละเอียดตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ. ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ครอบคลุมความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence), 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence), 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) รวมถึงประเด็นตรวจราชการ, ประเด็นหรือจุดเน้นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล และประเด็นปัญหาของจังหวัดสตูล เพื่อใช้ในการควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน พร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าว และเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล  
ธันวาคม 2566



## สารบัญ

ตัวชี้วัดที่ 1	ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ .....	1
ตัวชี้วัดที่ 2	ร้อยละเด็กอายุครบ 12 เดือนในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจาง .....	2
ตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละของชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีขึ้นไป .....	3
ตัวชี้วัดที่ 4	ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน สู่ 2,500 วัน .....	5
ตัวชี้วัดที่ 5	ร้อยละเด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free).....	8
ตัวชี้วัดที่ 6	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และ ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ.....	10
ตัวชี้วัดที่ 8	ร้อยละของหญิงไทยอายุ 11- 20 ปี ได้รับวัคซีน HPV (ตามความสมัครใจของผู้ปกครองและเด็ก)... ..	14
ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี.....	15
ตัวชี้วัดที่ 10	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี .....	17
ตัวชี้วัดที่ 11	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายลดลงกว่าปีที่ผ่านมา.....	18
ตัวชี้วัดที่ 12	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอาหารปลอดภัยจังหวัด .....	19
ตัวชี้วัดที่ 13	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Province).....	23
ตัวชี้วัดที่ 14	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษา ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.....	30
ตัวชี้วัดที่ 15	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息วิทยาทางการแพทย์ .....	35
ตัวชี้วัดที่ 16	ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge และ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital.....	37
ตัวชี้วัดที่ 17	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด .....	41
ตัวชี้วัดที่ 18	ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร.....	45
ตัวชี้วัดที่ 19	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ : อย่างน้อย 2 ประเด็นต่ออำเภอ .....	49
ตัวชี้วัดที่ 20	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด .....	53
ตัวชี้วัดที่ 21	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน HAIT ในโรงพยาบาล.....	56
ตัวชี้วัดที่ 22	ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ .....	60
ตัวชี้วัดที่ 23	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA .....	61
ตัวชี้วัดที่ 24	ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน.....	65
ตัวชี้วัดที่ 25	หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้ผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ.....	71
ตัวชี้วัดที่ 26	ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครือข่ายโรงพยาบาล.....	72



**ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์**

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : 0.5

คำอธิบาย :

หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงที่คลอดบุตร หรือแท้ง ในเขตรับผิดชอบ

ภาวะโลหิตจาง หมายถึง หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ และมีค่าฮีมาโตคริต น้อยกว่า 33% หรือค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์	0.5	19	18	17	16	15

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูล: สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งบันทึกใน โปรแกรม JHCIS หรือ HosXP

แหล่งข้อมูล: จาก HDC

รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 28 สัปดาห์ และตรวจโดยไม่พบรหัส ICD10 ตามรายการแนบท้าย
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 28 สัปดาห์ และตรวจโดยไม่พบรหัส ICD10 ตามรายการแนบท้าย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ (ตัดซ้ำซ้อนกรณีตรวจมากกว่าหนึ่งครั้ง)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		2564	2565	2566
ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์	$\leq 14$	-	-	21.0

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางเบญจวรรณ ใจเย็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

## ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละเด็กอายุครบ 12 เดือนในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจาง

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : 0.5

คำอธิบาย :

เด็กอายุครบ 12 เดือน หมายถึง เด็กที่อายุครบ 12 เดือน ในปีงบประมาณ คำนวณจากวันเดือนปีเกิด  
ภาวะโลหิตจาง หมายถึง เด็กที่อายุครบ 12 เดือน ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ในช่วงอายุ 6-12 เดือน และมีค่าฮีมาโตคริต น้อยกว่า 33% หรือค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละเด็กอายุครบ 12 เดือนในเขต รับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจาง	0.5	21	20	19	18	17

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูล: สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งบันทึกใน โปรแกรม JHCIS หรือ HosXP

แหล่งข้อมูล: จาก HDC

รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ในช่วงอายุ 6-12 เดือน พบภาวะโลหิตจาง และตรวจโดยไม่พบรหัส ICD10 ตาม รายการแนบท้าย
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ในช่วงอายุ 6-12 เดือน และตรวจโดยไม่พบรหัส ICD10 ตามรายการแนบท้าย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ - เงื่อนไข ภายใต้การตรวจภาวะโลหิตจาง เด็กอายุครบ 12 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 - ตัดซ้ำซ้อนกรณีตรวจมากกว่าหนึ่งครั้ง = หากมีการตรวจมากกว่า 1 ครั้ง และพบภาวะ โลหิตจาง ไม่ว่าจะครั้งใดจะถือว่า มีภาวะโลหิตจาง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		2564	2565	2566
ร้อยละเด็กอายุครบ 12 เดือนในเขต รับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจาง	$\leq 20$	-	-	19.59

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวเจนจิรา นาดำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

### ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีขึ้นไป

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : 0.5

คำอธิบาย :

ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไปทั้งชายและหญิง โดยในชมรมสามารถมีผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ได้ไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกที่มีอายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป โดยมีการดำเนินกิจกรรมของชมรมโดยผู้สูงอายุเป็นสมาชิก เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์หรือความมุ่งมั่นของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ นั้นๆ และเพื่อสังคมโดยรวม

ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการครบทุกองค์ประกอบ ดังนี้

1. การบริหารจัดการ
2. กองทุนชมรมผู้สูงอายุ
3. กิจกรรม 4 มิติ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ
4. นวัตกรรม และการประยุกต์ใช้นวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรม

ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีขึ้นไป คือ ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการครบทุกองค์ประกอบ และมีผลการประเมิน มากกว่า 71 คะแนน

ผู้ประเมิน คณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ

เกณฑ์ประเมิน ตาม QR Code ที่แนบ

เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 6 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของตำบลที่มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีขึ้นไป		40	50	60	70	80

เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของตำบลที่มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีขึ้นไป		60	70	80	90	100

วิธีการเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล จากรายงานการประเมิน

รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีขึ้นไป
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$



ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุชุม รักษ์ศรีทอง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน



หมายเหตุ

QR Code เกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุ

## ตัวชี้วัดที่ 4 ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลุ 2,500 วัน

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : 0.5

คำอธิบาย :

**มหัศจรรย์ 1,000 วัน พลุ 2,500 วัน** หมายถึง การดูแลและส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กตั้งแต่ ช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต ต่อเนื่องไปจนถึงเด็กอายุ 5 ปี โดยการร่วมลงทุนและการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน ผ่านกลไกที่มีอยู่ในพื้นที่และทุกกิจกรรมสำคัญ (กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคม ซึ่งครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายทุกคน โดยไม่ทอดทิ้งกลุ่มด้อยโอกาส

**ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลุ 2,500 วัน** หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และคุ้มครองสตรีและเด็กปฐมวัย ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตรและเด็กแรกเกิด - 5 ปี เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยเติบโตเต็มศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผ่านกลไกความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนและท้องถิ่น ระดับตำบล

**ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลุ 2,500 วัน** หมายถึง ตำบลมีการขับเคลื่อนและมีการดำเนินงานตามรูปแบบของคณะกรรมการ/คณะทำงาน/การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยสอดคล้องกับสภาพปัญหาตามบริบทและสถานการณ์ของพื้นที่

เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 6 เดือน

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้
1	ตำบลเข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลุ 2,500 วัน (ครบทุกตำบล = 1 คะแนน ไม่ครบ = 0.5 คะแนน)	1
2	ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลุ 2,500 วัน มีนโยบาย/ มาตรการทางสังคมและมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับตำบล โดย มีบทบาทดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยในตำบล (ครบทุกตำบล = 1 คะแนน ไม่ครบ = 0.5 คะแนน)	1
3	ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลุ 2,500 วันมีการ ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับตำบล และรายงานการประชุม (ครบทุกตำบล = 1 คะแนน ไม่ครบ = 0.5 คะแนน)	1
4	ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลุ 2,500 วัน มีแผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กแรกเกิด- 5 ปี เป็นลายลักษณ์- อักษร ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาตามบริบท และสถานการณ์ของพื้นที่ (ครบทุกตำบล = 1 คะแนน ไม่ครบ = 0.5 คะแนน)	1



ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้
5	ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน มีการประเมินตนเองครั้งที่ 1 และรวบรวมผลการประเมินตนเอง ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ภายใน กุมภาพันธ์ 2567 (ครบทุกตำบล = 1 คะแนน ไม่ครบ = 0.5 คะแนน)	1

### เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 12 เดือน

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้
1	ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน มีการประเมินตนเอง ครั้งที่ 2 และรวบรวมผลการประเมินตนเอง ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ภายใน พฤษภาคม 2567 - ครบทุกตำบล และครบทุกองค์ประกอบ = 1 คะแนน - ครบทุกตำบล แต่ไม่ครบทุกองค์ประกอบ = 0.5 คะแนน - ไม่ครบทุกตำบล = 0 คะแนน	1
2	ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน มีผลการประเมินตนเองทุกองค์ประกอบ และแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับดีเยี่ยม หรือได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน ไม่น้อยกว่าจำนวนตำบลเป้าหมาย* - ครบตามตำบลเป้าหมาย = 2 คะแนน - น้อยกว่าจำนวนตำบลเป้าหมาย แต่ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 50 = 1 คะแนน - ต่ำกว่า ร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลเป้าหมาย = 0 คะแนน	2
3	ตำบลเป้าหมายทุกตำบล ผ่านการประเมินรับรองให้เป็นตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล	3

### เป้าหมายตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน รายอำเภอ ดังนี้

อำเภอ	จำนวนตำบลทั้งหมด	จำนวนตำบลเป้าหมาย
อำเภอเมืองสตูล	12	4
อำเภอควนโดน	4	2
อำเภอควนกาหลง	3	2
อำเภอละงู	6	2
อำเภอทุ่งหว้า	5	2
อำเภอท่าแพ	4	2
อำเภอมะนัง	2	2
<b>รวม</b>	<b>36</b>	<b>12</b>



ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน	0.5	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน

#### วิธีการเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล

1. จากเอกสารประกอบการประเมิน
2. จากผลการประเมิน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางฉัตรไพไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวเจนจิรา นาคำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

### ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละเด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

โดยมีตัวชี้วัดย่อยติดตาม กิจกรรมสำคัญ ระดับอำเภอ ร้อยละ เด็ก 12 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 50

หน่วยวัด : ร้อยละ

เป้าหมาย : ร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80

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

ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันแท้ในช่องปากที่ปกติหรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มี ความจำเป็นต้อง อุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก

สูตรการคำนวณ :  $(A+B)/C \times 100$

A= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free)

B= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน

C=จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจ

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละเด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	0.5	60	65	70	75	80

#### เกณฑ์การประเมิน

##### รอบ 6 เดือน

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

##### รอบ 12 เดือน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80



แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล ระบบรายงาน 43 แฟ้ม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายศุภเดช สุกใส ทันตแพทย์ชำนาญการ

เบอร์ติดต่อ: 081-9598683

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางวีรียา มาลินี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์ติดต่อ : 089-7323458

**ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และ  
ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ**

น้ำหนัก ข้อ 6 = 0.5 , ข้อ 7 = 0.5

**คำนิยาม**

1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา

1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 กันยายน พ.ศ. 2567) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน)

4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตบัติการณ์วัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2022)

**5. กลุ่มเป้าหมาย**

5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



(1 ตุลาคม พ.ศ.2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

## 6. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

6.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

## 7. เงื่อนไขการคำนวณ

การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ **ไม่นับรวม**

7.1 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยีนยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566)

7.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	88
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	85

### ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ( 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ.2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Program : NTIP)

หน่วยวัด

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ.2566) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 21.1	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567)
รายการข้อมูล 4	= จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567) คิดจากอัตรา 143 ต่อประชากรแสนคน* หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report 2022
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 21.2	$(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	1. ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567) 2. ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน คือ

1.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ประเมินผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในช่วง 1 ต.ค.66 – 31 ธ.ค. 66 โดยประเมินเดือน ก.ย. 67 (เงื่อนไข 6 เดือนแรกใช้เกณฑ์ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
65	70	75	80	85

1.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

ประเมินทุกไตรมาส : Treatment coverage อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคปอดและกลับเป็นซ้ำ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
65	70	75	80	85

Estimate case ผู้ป่วยวัณโรค ปี 2567

อำเภอ	ประชากรHDC (type 1 ,3)	Estimate	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียน	ร้อยละ	คะแนน
เมือง	89,642	129			
ควนโดน	17,656	26			
ควนกาหลง	29,338	42			
ท่าแพ	24,263	35			
ละงู	61,395	88			
ทุ่งหว้า	19,980	29			
มะนัง	16179	24			
จังหวัด	258,453	373			





**ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของหญิงไทยอายุ 11- 20 ปี ได้รับวัคซีน HPV  
(ตามความสมัครใจของผู้ปกครองและเด็ก)**

**คำนิยาม** หญิงไทยอายุ 11- 20 ปี ทั้งในและนอกระบบการศึกษาที่ยังไม่ได้รับวัคซีน HPV หมายถึง

1. หญิงไทย ชั้น ป.5 ถึงชั้น ม. 6 หรือเทียบเท่า
2. หญิงไทย ระดับอุดมศึกษา 1-2 หรือเทียบเท่า
3. หญิงไทยอายุ 11- 20 ปี นอกระบบการศึกษา

**กลุ่มเป้าหมาย** หญิงไทยอายุ 11- 20 ปี ทั้งในและนอกระบบการศึกษา (เกิดวันที่ 1 ม.ค. 46 - 31 ธ.ค. 55) ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน ประกอบด้วย

1. นักเรียนชั้น ป.5
2. นักเรียนชั้น ป.6
3. นักเรียนชั้น ม.1
4. นักเรียนชั้น ม.2
5. นักเรียนชั้น ม.3
6. นักเรียนชั้น ม.4
7. นักเรียนชั้น ม.5
8. นักเรียนชั้น ม.6
9. นักเรียนนอกระบบการศึกษาหรืออายุ 18-20 ปี

**การดูข้อมูล** บันทึกผลงานและประมวลผลการรายงานการฉีดวัคซีนผ่านระบบ MOPH Claim

**สูตรคำนวณ** ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน 1 เข็ม =  $\frac{\text{หญิงไทยอายุ 11- 20 ปี ที่ได้รับวัคซีน HPV 1 เข็ม} \times 100}{\text{จำนวนหญิงไทยอายุ 11- 20 ปี ทั้งหมด}}$

**ระยะเวลาประมวลผล** เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง มกราคม 2567 (ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน)

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
หญิงไทยอายุ 11- 20 ปี ได้รับวัคซีน HPV จำนวน 1 เข็ม	ร้อยละ	<80	80-84	85-89	90-94	95

**ผู้จัดเก็บข้อมูล** กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

นางอรนุช นรารักษ์ โทร 0 8154 3763 4

นางมาลี มาลินี โทร 0 8628 5024 3

### ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

น้ำหนัก : 1

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30

คำอธิบาย :

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

สูตรคำนวณ

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

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	-	≥ ร้อยละ 15	-	≥ ร้อยละ 30

เกณฑ์การให้คะแนน

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

รอบ 6 เดือน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 7	ร้อยละ 9	ร้อยละ 11	ร้อยละ 13	ร้อยละ 15

รอบ 12 เดือน

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



หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางคงขวัญ วิชาศิริกุล

## ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

น้ำหนัก : 1

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

คำอธิบาย :

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

2. ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

สูตรคำนวณ :

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

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	-	≥ ร้อยละ 25	-	≥ ร้อยละ 50

รอบ 6 เดือน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25

รอบ 12 เดือน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางคงขวัญ วิทยาศิริกุล

### ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายลดลงกว่าปีที่ผ่านมา

น้ำหนัก : 0.5

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25

คำอธิบาย :

1. ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = (X60.xx-X84.xx)

2. ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม รหัสโรค ICD-10 คือ F00.xx-F99 โดยนำเสนอ 11 กลุ่มโรคและ 9 รายโรค

สูตรคำนวณ :

รายการข้อมูล 1	A1: = จำนวนพยายามฆ่าตัวตายที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบปีปัจจุบัน
รายการข้อมูล 2	B1: = จำนวนพยายามฆ่าตัวตายที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบปีที่ผ่านมา
การคำนวณ	$((B1-A1)/B1) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายลดลงกว่าปีที่ผ่านมา	-	≥ ร้อยละ 15	-	≥ ร้อยละ 25

รอบ 6 เดือน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 7	ร้อยละ 9	ร้อยละ 11	ร้อยละ 13	ร้อยละ 15

รอบ 12 เดือน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25

หมายเหตุ : -

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุทธิมาศ บินสอาด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอรนุช ดุลยานา

## ตัวชี้วัดที่ 12 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอาหารปลอดภัยจังหวัด

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : 1

**คำอธิบาย :** ความสำเร็จของการดำเนินงานอาหารปลอดภัยจังหวัด หมายถึงการเฝ้าระวังคุณภาพผลิตภัณฑ์อาหาร ณ สถานที่ผลิต สถานที่จำหน่าย รวมทั้งตรวจเฝ้าระวังสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับอนุญาตในจังหวัดสตูล โดยการสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์และตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดให้มีความครอบคลุมและเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ดังนี้

**ผลิตภัณฑ์อาหาร** หมายถึง

1. อาหารสด อาหารแปรรูป อาหารพร้อมบริโภค ณ สถานที่จำหน่าย เช่น ตลาดสด โรงครัวโรงพยาบาล ร้านค้า ในจังหวัดสตูล เป้าหมาย 1,318 ตัวอย่าง เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์กับหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (mobile unit) จังหวัดสงขลา

2. ผลิตภัณฑ์อาหารชุมชน (ของดีของเด่น) ที่ได้รับเลขสารบบอาหาร หรือที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนา ซึ่งผลิตจากวิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจรายย่อย สถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน (กำลังผลิตน้อยกว่า 50 แรงม้า คนงานน้อยกว่า 50 คน) จำนวน 5 ตัวอย่าง

**สถานที่ผลิตอาหาร** หมายถึง สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักสาธารณสุขจังหวัดสตูล ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดสตูล จำนวน 100 แห่ง

**ผ่านมาตรฐาน** หมายถึง

1. ผลิตภัณฑ์อาหารที่ส่งให้หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (mobile unit) ผ่านมาตรฐานสารปนเปื้อนในอาหาร ด้านเคมี เช่น Polar ของน้ำมันทอดซ้ำ (Ebro) ซาลูบูทามอล (สารเร่งเนื้อแดง) เป็นต้น ด้านจุลินทรีย์ ได้แก่ โคลิฟอร์มในอาหารและน้ำ

2. ผลิตภัณฑ์อาหารชุมชน (ของดีของเด่น) ผ่านมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

3. สถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร (GMP 420)

**หน้าที่ความรับผิดชอบ**

**ระดับจังหวัด**

1. กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานและกำหนดเป้าหมายผลิตภัณฑ์ สถานที่ผลิตอาหาร

2. จัดทำทำเนียบและเป้าหมายให้กับผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ

3. ประชุมทำแผนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (mobile unit) จังหวัดสงขลา และเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น เรือนจำเทศบาล ปศุสัตว์จังหวัดสตูล เป็นต้น

4. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ

5. รวบรวม ติดตาม รายงาน ผลการดำเนินงาน ตลอดจนจัดทำสรุปผลดำเนินงาน

6. ดำเนินคดีตามกฎหมายกรณีผลิตภัณฑ์อาหารมีผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานหรือสถานที่ผลิตไม่เป็นตามเกณฑ์ GMP

### ระดับอำเภอ

1. จัดทำแผนดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับอำเภอ
2. เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารและตรวจสถานที่ผลิตอาหารตามจำนวนเป้าหมาย
3. ให้คำแนะนำการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่ปลอดภัยมาจำหน่าย ณ สถานที่จำหน่าย และ  
แนวทางการพัฒนา ปรับปรุงสถานที่ผลิตกรณีไม่เป็นไปตามเกณฑ์ GMP
4. ร่วมประชุมพิจารณาคดีกรณีมีการดำเนินคดีตามกฎหมาย

### สูตรการคำนวณ

$$\text{ร้อยละของสถานที่ผลิตอาหารที่ผ่านมาตรฐาน} = \frac{\text{จำนวนสถานที่ผลิตอาหารที่ผ่านมาตรฐาน} \times 100}{\text{จำนวนสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับการตรวจประเมินตามเกณฑ์ GMP}}$$

$$\text{ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารที่ผ่านมาตรฐาน} = \frac{\text{จำนวนผลิตภัณฑ์อาหารที่ผ่านมาตรฐาน} \times 100}{\text{จำนวนผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้รับการตรวจวิเคราะห์}}$$

**เกณฑ์การให้คะแนน :** กำหนดเป็นระดับขั้น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓
ขั้นตอน	คำอธิบาย				
1	ประชุมกำหนดเป้าหมายผลิตภัณฑ์อาหารและสถานที่ผลิตอาหารเป้าหมายตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและปัญหาในพื้นที่ของจังหวัดสตูล และจัดทำประชุมทำแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยจังหวัด				
2	พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ				
3	ดำเนินการตามแผนตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 และผลิตภัณฑ์อาหารผ่านมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70				

ขั้นตอน	คำอธิบาย
4	ดำเนินการตามแผนตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 และเก็บตัวอย่างผลิตอาหาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 และผลิตภัณฑ์อาหารผ่านมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
5	ดำเนินการตามแผนตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และเก็บตัวอย่างผลิตอาหาร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และผลิตภัณฑ์อาหารผ่านมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90

### เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. กำหนดผลิตภัณฑ์อาหารและสถานที่ผลิตอาหารเป้าหมายตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและปัญหาในพื้นที่ของจังหวัดสตูล ดังนี้</p> <p>1.1 จำนวนและประเภทผลิตภัณฑ์อาหารที่ส่งตรวจกับหน่วย mobile unit</p> <p>1.2 จำนวนและรายชื่อผลิตภัณฑ์อาหารชุมชน (ของดีของเด่น)</p> <p>1.3 จำนวนและรายชื่อสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับอนุญาต</p> <p>2. มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยจังหวัด</p>	<p>1. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ</p> <p>2. ดำเนินการตามแผนตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหาร ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 และผลิตภัณฑ์อาหารผ่านมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</p> <p>3. รายงานผลการดำเนินงานในรูปแบบหนังสือราชการพร้อมแนบบันทึกรวบรวมสถานที่ผลิตอาหาร</p>	<p>1. ดำเนินการตามแผนตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 และเก็บตัวอย่างผลิตอาหาร ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 และผลิตภัณฑ์อาหารผ่านมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p> <p>2. รายงานผลการดำเนินงานในรูปแบบหนังสือราชการพร้อมแนบบันทึกรวบรวมสถานที่ผลิตอาหาร</p>	<p>1. ดำเนินการตามแผนตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และเก็บตัวอย่างผลิตอาหาร ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และผลิตภัณฑ์อาหารผ่านมาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</p> <p>2. รายงานผลการดำเนินงานในรูปแบบหนังสือราชการพร้อมแนบบันทึกรวบรวมสถานที่ผลิตอาหาร</p>





### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

1. รายงานผลการดำเนินงานในรูปแบบหนังสือราชการจากระดับอำเภอพร้อมแนบบันทึกการตรวจสถานที่ผลิตอาหารตามเกณฑ์ GMP

1.1 ตส.1 (63) แบบสรุปผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร (Audit report)

1.2 ตส.2 (63) บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดพื้นฐาน

1.3 ตส.3 (63) บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดเฉพาะ 1 สำหรับการ  
ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแร่ธรรมชาติ หรือน้ำแข็งบริโภค ที่ผ่านกรรมวิธีการกรอง  
หมายเหตุ ตส.1 (63) และ ตส.2 (63) ใช้สำหรับทุกสถานที่ผลิตอาหาร และเพิ่ม ตส.3 (63) กรณีสถานที่ผลิต  
อาหาร

2. รายงานผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์อาหารจากหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (mobile unit) จังหวัดสงขลา

3. รายงานผลตรวจวิเคราะห์จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

### กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางสุชมาลย์ พัฒนศิริ เกษัชกรชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 74723 566 โทรศัพท์มือถือ: 08 6481 6612

E-mail: satun\_fda@yahoo.com

### ผู้จัดเก็บข้อมูล

1. นางสุชาภรณ์ รักษาศรีทอง เกษัชชำนาญการ

2. นายสุเมธ พงศ์ดารา เกษัชชำนาญการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 74723 566 โทรศัพท์มือถือ: 08 6481 6612

E-mail: satun\_fda@yahoo.co

## ตัวชี้วัดที่ 13 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Province)

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : 0.5

คำอธิบาย :

1. การใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสมโดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถใช้อาในการดูแลสุขภาพตนเองตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

2. ยา หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้เป็นยาตาม กฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา

3. โครงการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอหรือจังหวัด โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน โดยมีผลการดำเนินการผ่านตามเกณฑ์ใน 3 ข้อ ดังนี้

(1) RDU hospital การพัฒนาโรงพยาบาลให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล

(2) RDU pcu การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ/รพ.สต. ให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล

(3) RDU community การพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน

4. จังหวัดใช้อย่างสมเหตุผล (RDU province) หมายถึง จังหวัด หรือพื้นที่ทางการปกครองใด ๆ ตามกฎหมาย ที่มีอำเภอหรือเขตที่เป็นไปตามเกณฑ์ “อำเภอใช้อย่างสมเหตุผล” (RDU district)

5. อำเภอใช้อย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการ และพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้อย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน

ซึ่งมีหัวข้อ รายละเอียดและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ ดังนี้

หัวข้อ	นิยาม/รายละเอียด	กิจกรรมที่ต้องดำเนินการ
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งมีองค์ประกอบหลักจากแต่ละอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ “RDU doctor” เกสัชกร

หัวข้อ	นิยาม/รายละเอียด	กิจกรรมที่ต้องดำเนินการ
การพัฒนาโรงพยาบาลให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital)	การพัฒนาโรงพยาบาลให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) อย่างน้อย 10 ข้อ ใน 12 ข้อกำหนด	<p>“RDU coordinator” ระดับจังหวัด และ RDU coordinator จากระดับ อำเภอหรือตำบล</p> <p>ต้องผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 10 ข้อ จาก 12 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ (RI) <math>\leq 20\%</math></li> <li>2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) <math>\leq 20\%</math></li> <li>3. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสด (FTW) <math>\leq 50\%</math></li> <li>4. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในคลอดแบบปกติ (APL) <math>\leq 10\%</math></li> <li>5. การใช้ยา RAS Blockade ร่วมกัน 2 ชนิด ในผู้ป่วยความดันเลือด =0</li> <li>6. การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป <math>\leq 10\%</math></li> <li>7. การใช้ยา Metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน <math>\geq 80\%</math></li> <li>8. การใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน <math>\leq 5\%</math></li> <li>9. การใช้ยา Inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยหอบหืด <math>\geq 80\%</math></li> <li>10. การใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ในผู้ป่วยสูงอายุ <math>\leq 5\%</math></li> <li>11. การใช้ยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็ก RI <math>\leq 20\%</math></li> <li>12. การใช้ยาห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์=0</li> </ol>
การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU pcu)	การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้มี การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU pcu) ในกลุ่มโรค Urinary tract infections และ Acute diarrhea	รพ.สต./สถานบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ในกลุ่มโรค Urinary tract infections และ Acute diarrhea $\leq 20\%$

หัวข้อ	นิยาม/รายละเอียด	กิจกรรมที่ต้องดำเนินการ
การพัฒนาการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)	การพัฒนาการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) โดยกำหนดให้ 1 ตำบล มี 1 ร้านชำคุณภาพ	กำหนดให้มีร้านชำคุณภาพ 1 ตำบล 1 ร้านชำ

### สูตรการคำนวณ

$$\text{ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ RDU pcu} = \frac{\text{จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI และ AD} \times 100}{\text{จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด ในอำเภอ}}$$

$$\text{ร้อยละของตำบลที่มีร้านชำคุณภาพ} = \frac{\text{จำนวนตำบลที่มีร้านชำคุณภาพ} \times 100}{\text{จำนวนตำบลทั้งหมดในอำเภอ}}$$

**เกณฑ์การให้คะแนน :** กำหนดเป็นระดับขั้น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓
ขั้นตอน	คำอธิบาย				
1	จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน RDU province				
2	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ				
3	มีแผนการพัฒนางาน RDU hospital/RDU pcu และ ร้านชำคุณภาพของอำเภอ				
4	รพ. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 6-9 ข้อ ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD < 100 ร้อยละของตำบลที่มีร้านชำคุณภาพ < 100				
5	รพ.ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 10-12 ข้อ ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD = 100 ร้อยละของตำบลที่มีร้านชำคุณภาพ = 100				

**หมายเหตุ :** การผ่านเกณฑ์ในแต่ละขั้นตอน จะต้องผ่านทุกข้อในขั้นต่อนั้น

### เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน RDU province -มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ	-มีแผนการพัฒนางาน RDU hospital และ RDU pcu -มีแผนการพัฒนาร้านชำคุณภาพ 1 ตำบล 1 ร้านชำคุณภาพ ระดับอำเภอ	- รพ. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 6-9 ข้อ -รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ RDU pcu ร้อยละ 80 -ร้อยละ 50 ของตำบล ที่มีร้านชำคุณภาพ	- รพ.ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital 10-12 ข้อ -รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ RDU pcu ร้อยละ 100 -มีร้านชำคุณภาพ 1 ตำบล 1 ร้านชำคุณภาพ

เงื่อนไข :-



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา																				
		ปี งบประมาณ																				
		2564							2565							2566						
สตูล	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่า แพ	ละ งู	ทุ่ง หว้า	มะ นัง	สตูล	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่า แพ	ละ งู	ทุ่ง หว้า	มะ นัง	สตูล	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่า แพ	ละ งู	ทุ่ง หว้า	มะ นัง		
RDU Hospital	จำนวน ตัวชี้วัด RDU hospital ที่ โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์	6 ข้อ	12 ข้อ	10 ข้อ	10 ข้อ	7 ข้อ	8 ข้อ	9 ข้อ	6 ข้อ	11 ข้อ	10 ข้อ	9 ข้อ	8 ข้อ	9 ข้อ	8 ข้อ	7 ข้อ	10 ข้อ	9 ข้อ	10 ข้อ	8 ข้อ	10 ข้อ	7 ข้อ
RDU PCU	ร้อยละของ โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบลที่ผ่าน เกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD	85 (17/20)	100 (4/4)	100 (7/7)	100 (6/6)	90.91 (10/11)	100 (7/7)	75 (3/4)	85 (17/20)	100 (4/4)	85.71 (6/7)	83.33 (5/6)	90.91 (10/11)	100 (7/7)	100 (4/4)	80 (16/20)	100 (4/4)	100 (7/7)	100 (6/6)	90.91 (10/11)	85.71 (6/7)	100 (4/4)
RDU Community	ร้อยละของ ตำบลที่มี ร้านชำ คุณภาพ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	8.33 (1/12)	25 (1/4)	33.33 (1/3)	25 (1/4)	16.66 (1/6)	20 (1/5)	50 (1/2)



**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

1. ตัวชี้วัด RDU hospital และ RDU pcu จาก HDC ข้อมูลจากตัวชี้วัดตามสาขา service plan RDU
2. ตัวชี้วัด RDU community ประเมินโดยใช้แบบประเมินร้านชำคุณภาพ (เอกสารแนบ 1)

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด**

นางสุชมาลัย พัฒนศิริ เกษัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 74723 566

โทรศัพท์มือถือ : 08 6481 6612 E-mail : satun\_fda@yahoo.com

**ผู้จัดเก็บข้อมูล**

นางสาวอารีวรรณ ไชยรักษ์ เกษัชชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 74723 566

โทรศัพท์มือถือ : 08 9876 1820 E-mail : satun\_fda@yahoo.com



แบบประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพ จังหวัดสตูล ประจำปี 2566

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

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

รายละเอียดปัญหาผลิตภัณฑ์ที่พบ (ถ้ามี)

.....  
.....

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน  โดยร้านชำคุณภาพจะต้องมีคะแนนประเมินร้อยละ 80  
 ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพคะแนน ≥ ร้อยละ 80 (ได้คะแนนไม่น้อยกว่า 21 คะแนน)  
 ไม่ผ่านเกณฑ์ คะแนน < ร้อยละ 80 หรือได้คะแนนเป็น 0 ใน ข้อ 1, 2 หรือข้อ 3

ในการตรวจครั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ทำการตรวจมิได้ทำให้ทรัพย์สินที่อยู่ในสถานที่นี้สูญหายหรือเสียหายแต่อย่างใด และอ่านให้ฟังแล้ว  
ขอรับรองว่าถูกต้อง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน ๑  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน ๒  
(.....)



## ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษา ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : 0.5

คำอธิบาย

1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการสถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

### รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

03 สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทราชินี (สอน.)

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม

04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน

08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล

13 ศูนย์บริการสาธารณสุข

18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร

- การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชาเพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ

- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ

- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ

- การหัดหม้อเกลือ

- การพอกยาสมุนไพร

- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการ

เพิ่มเติมรหัสภายหลัง

- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

#### รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย

1. โรคสตรี: U50 ถึง U52
2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55
3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60
4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72
5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75
6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77

#### รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)

- 1100 ผู้ป่วยได้รับการนวดเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 1101 การบริการนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน
- 11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน
- 11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน
- 11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน
- 1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทาบหม้อเกลือที่บ้าน
- 11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน
- 1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
- 11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน
- 11071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริหารการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
- 1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน
- 11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน
- 11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน

### รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)

- 11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)
- 11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น
- 11102 การให้บริการสมาธิบำบัด
- 11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)
- 11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)
- 11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)
- 11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)
- 11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Carb Diet)
- 11112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)
- 11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น
- 11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)
- 11181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น
- 11182 การให้บริการกัวซา (Guasa)
- 11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมชาติ (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกายด้วย อาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)

**3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง** การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน

- 1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78
- 2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79

#### หน้าที่ระดับจังหวัด

- 1. กำหนดและชี้แจงนโยบาย และเป้าหมายในการดำเนินงานให้กับหน่วยบริการ
- 2. ประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน
- 3. ส่งเสริม สนับสนุนการจัดหาและการกระจายยาสมุนไพร หรือยาตำรับแผนไทยให้กับหน่วยบริการ
- 4. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างองค์ความรู้ด้านสมุนไพร หรือยาแผนไทยให้กับหน่วยบริการ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้หน่วยบริการในการเลือกใช้ยาแผนไทยในการดูแลสุขภาพ
- 5. รวบรวม ติดตาม รายงานผลการดำเนินงาน ตลอดจนสรุปผลการดำเนินงาน

#### หน้าที่ระดับอำเภอ

- 1. ให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาเบื้องต้น แก่ประชาชนที่เข้ารับบริการในผู้ป่วยนอก (OPD) รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน เช่น กิจกรรมบริการบุคคล การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ

2. ประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน
3. ส่งเสริม สนับสนุนการใช้จ่ายสมุนไพร หรือตำรับยาแผนไทยในหน่วยบริการ โดยกำหนดให้หน่วยบริการ มีการใช้จ่ายสมุนไพร อย่างน้อย 10 รายการในการดูแลสุขภาพ
4. มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ พขอ. 3 หมอ ในการให้บริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เช่น ผู้ป่วย NCD IMC LTC PC ปวด นอนไม่หลับ หญิงหลังคลอด ผู้สูงอายุ เป็นต้น

### สูตรการคำนวณ

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

A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ

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

### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัดผลงาน	เป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด				
	1	2	3	4	5
ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษา ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมายร้อยละ 40)	20	25	30	35	40

### เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 35	ร้อยละ 38	ร้อยละ 39	ร้อยละ 40
1. หน่วยบริการ สาธารณสุขมีการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย 10 รายการในการดูแลสุขภาพ 2. มีการจัดบริการอย่างน้อย 5 โรค/อาการ เช่น NCD LTC PC การดูแล หลังคลอด ผู้สูงอายุ	1. หน่วยบริการมีนโยบาย การใช้จ่ายสมุนไพรทดแทน อย่างน้อย 1 รายการ	1. มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ พขอ. 3 หมอ ในการให้บริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เช่น ผู้ป่วย NCD IMC LTC PC ปวด นอนไม่หลับ หญิงหลังคลอด	

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น (เฉพาะกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีแพทย์แผนไทย)		ผู้สูงอายุ เป็นต้น (เฉพาะกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีแพทย์แผนไทย)	

#### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
รพ.สต.	ร้อยละ	0	0	44.08

#### แหล่งข้อมูล/วิธีเก็บข้อมูล

- ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
- ข้อมูลจากการตรวจนิเทศงานของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

#### ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

- นางสาวอรุษา สุวรรณมณี      เภสัชกรชำนาญการ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104      โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141  
E-mail: panthai.satun@gmail.com

#### ผู้เก็บข้อมูล

- นางสาวอรุษา สุวรรณมณี      เภสัชกรชำนาญการ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104      โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141  
E-mail: panthai.satun@gmail.com
- นายนิธิศ สุธากุล      เภสัชกรชำนาญการ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104      โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141  
E-mail: panthai.satun@gmail.com

## ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : 0.5

คำอธิบาย

1. ยา姑療法 หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา
2. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน 751.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5)

หน้าที่ระดับจังหวัด

1. กำหนดและชี้แจงนโยบาย และเป้าหมายในการดำเนินงานให้กับหน่วยบริการ
2. ประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน
3. ส่งเสริม สนับสนุนการจัดหาและการกระจายยา姑療法ทางการแพทย์ให้กับหน่วยบริการ
4. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างองค์ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ให้กับหน่วยบริการ
5. รวบรวม ติดตาม รายงานผลการดำเนินงาน ตลอดจนสรุปผลการดำเนินงาน

หน้าที่ระดับอำเภอ

1. ค้นหา ทำความเข้าใจให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care)
2. ประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน
3. มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ กับคลินิก Palliative care หรือทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล

สูตรการคำนวณ

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

A = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์

B = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัดผลงาน	เป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด				
	1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ (เป้าหมายร้อยละ 5)	1	2	3	4	5

### เกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการค้นหาผู้ป่วย ที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษา ด้วยยา姑療法 ทางการแพทย์	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษา ด้วยยา姑療法 ทางการแพทย์ร้อยละ 3	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษา ด้วยยา姑療法 ทางการแพทย์ร้อยละ 4	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ ได้รับการรักษาด้วยยา 姑療法ทางการแพทย์ ร้อยละ 5

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
รพ.	ร้อยละ	0.55	7.46	4.91

### แหล่งข้อมูล/วิธีเก็บข้อมูล

- ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
- ข้อมูลจากการตรวจนิเทศงานของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดสตูล

### ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

- นางสาวอรุษา สุวรรณมณี      เกษัชกรชำนาญการ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104      โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141  
E-mail: panthai.satun@gmail.com

### ผู้เก็บข้อมูล

- นางสาวอรุษา สุวรรณมณี      เกษัชกรชำนาญการ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104      โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141  
E-mail: panthai.satun@gmail.com
- นายนิธิศ สุธากุล      เกษัชกรชำนาญการ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7471 1071 ต่อ 104      โทรศัพท์มือถือ 09 3780 4141  
E-mail: panthai.satun@gmail.com

**ตัวชี้วัดที่ 16 ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม  
ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge  
และ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital**

หน่วยวัด : ระดับขั้นความสำเร็จ

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

: รพ. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ในระดับดีเยี่ยม

: รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับดีเยี่ยม เพิ่มขึ้นร้อยละ 10

**เกณฑ์การประเมิน**

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

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

**เกณฑ์คะแนน**

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
1	มีการกำหนดนโยบาย แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital (GCHC สำหรับ รพ. + GCSH สำหรับ รพ.สต.) ในระดับอำเภอและระดับโรงพยาบาล
2	คปสอ. มีการพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital (GCHC + GCSH) อย่างมีส่วนร่วม เช่น การประชุมชี้แจง,การจัดอบรม เป็นต้น
3	โรงพยาบาล และ รพ.สต. มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านระบบออนไลน์ มีการดำเนินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital (GCHC + GCSH) และมีการคีย์ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการณ์การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ให้ครบถ้วนทุกสัปดาห์



ระดับคะแนน	คำอธิบาย
4	โรงพยาบาลได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ในระดับดีเยี่ยม และ รพ.สต.ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ Green & Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับดีเยี่ยม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 โดยคณะกรรมการประเมิน สสจ.
5	คปสอ. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (ระดับดีเยี่ยม) - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ในระดับดีเยี่ยม - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีเยี่ยม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10

### เกณฑ์เป้าหมาย (Small Success)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีการกำหนดนโยบาย แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN &amp; CLEAN Hospital (GCHC + GCSH) ในระดับอำเภอ โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง</p> <p>2. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีมคณะทำงานเพื่อดำเนินการตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital (GCHC + GCSH)</p> <p>3.โรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการศึกษาลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p>	<p>1. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์GREEN &amp; CLEAN Hospital (GCHC + GCSH)</p> <p>2. โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต. ในแต่ละอำเภออย่างน้อย ร้อยละ 70 มีผลการประเมินตนเองผ่านตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital (GCHC + GCSH)</p> <p>3. โรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการศึกษาลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p> <p>4. รอบ 6 เดือน มีผลการดำเนินงานอยู่ในขั้นตอนที่ 3 (5 คะแนน)***</p>	<p>1. โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge โดย คกก.ประเมิน สสจ.สตูล</p> <p>2. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอได้รับการประเมินตามเกณฑ์ Green &amp; Clean Sub-district Health Promoting Hospital เพิ่มขึ้นร้อยละ10 โดย คกก.ประเมิน สสจ.สตูล</p> <p>3. โรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการศึกษาลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p>	<p><b>คปสอ. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital (ระดับดีเยี่ยม)</b></p> <p>1. โรงพยาบาลผ่านการประเมินตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge ในระดับดีเยี่ยม</p> <p>2. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอผ่านการประเมินตามเกณฑ์ Green &amp; Clean Sub-district Health Promoting Hospital ในระดับดีเยี่ยม เพิ่มขึ้นจากผลงานเดิม ร้อยละ 10</p> <p>3. โรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการศึกษาลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p>

## วิธีการประเมินผล

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ประสานชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดให้กับหน่วยงานในพื้นที่
2. สถานพยาบาลประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านระบบออนไลน์ ที่เว็บไซต์ <https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin>
3. คณะกรรมการประเมิน สสจ.สตูล ลงพื้นที่ประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานฯ และบันทึกข้อมูลผลการประเมิน และยืนยันข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ ส่งไปยังศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
4. ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา สุ่มประเมินโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบันทึกผลการประเมินและยืนยันผลการประเมินซ้ำ ผ่านระบบออนไลน์
5. จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของจังหวัด

## หมายเหตุ :

1. สำหรับโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2566 มีการพัฒนาระดับมาตรฐานใหม่ จากเกณฑ์มาตรฐานเดิม GREEN & CLEAN Hospital ยกกระดับสู่เกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)
2. สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 มีการพัฒนาระดับมาตรฐานใหม่ จากเกณฑ์มาตรฐานเดิม GREEN & CLEAN Hospital ยกกระดับสู่เกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH)
3. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 จากผลงานเดิม (เทียบกับ ฐาน พ.ศ. 2566) คิดจากจำนวน รพ.สต. ที่ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม ในปี 2566 เทียบกับ ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม ปีฐาน 2567 ทั้งนี้ รพ.สต. ที่ผ่านการรับรองในระดับดีเยี่ยมแล้ว นั้น จะต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาระดับตามเกณฑ์มาตรฐาน และในการรับรองจะมีอายุการรับรอง 2 ปี จึงจะมีการประเมินซ้ำ
4. สำหรับ รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินรับรองในระดับมาตรฐาน ประกอบด้วย 1)อำเภอเมือง 6 แห่ง (รพ.สต.เกาะสาหร่าย, รพ.สต.บ้านตันหยงกลิง, รพ.สต.เกาะหลีเป๊ะ, รพ.สต.ลองชุด (สาขา), ศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน, รพ.สต.ปุย) และ 2)อำเภอละงู 1 แห่ง (รพ.สต.เขาขาว) ให้ดำเนินการพัฒนาการดำเนินงานและแจ้งความประสงค์ขอเข้ารับการประเมินรับรองจากทีมประเมินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
5. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :
  - 5.1 ฐานข้อมูลจากโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ที่เว็บไซต์ <https://e-manifest.anamai.moph.go.th> และโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ที่เว็บไซต์ <https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin>
  - 5.2 การศึย์บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) สำหรับโรงพยาบาล และ รพ.สต.
  - 5.3 สถานพยาบาลประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านระบบออนไลน์ ที่เว็บไซต์ <https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin>



- 5.4 คณะกรรมการประเมิน สสจ.สตูล ลงพื้นที่ประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานฯ และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในพื้นที่และยืนยันข้อมูลส่งไปยังศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
- 5.5 ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ยืนยันผลการประเมินซ้ำ
- 5.6 ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา รวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขตและรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย

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

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสาววราภรณ์ เส้นสมมาตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 089-7390726

**ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด**

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด 1. ร้อยละ 40 สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Taste			
คำนิยาม	<p><b>สถานที่จำหน่ายอาหาร</b> หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณะ และมีใช้การขายของในตลาด</li> <li>2. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ</li> <li>3. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มี บริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือ นำไปบริโภคที่อื่น</li> </ol> <p><b>มาตรฐาน Clean Food Good Taste</b> หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่าย อาหาร ระดับพื้นฐาน ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่ จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน 5 หมวด ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>หมวด 1 สถานที่จำหน่ายอาหาร</li> <li>หมวด 2 อาหาร กรรมวิธีการทำ ประกอบ หรือปรุง การเก็บรักษา และจำหน่ายอาหาร</li> <li>หมวด 3 สุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์ และเครื่องใช้อื่น ๆ</li> <li>หมวด 4 สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร</li> <li>หมวด 5 มาตรการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ อุปกรณ์ มือผู้สัมผัส อาหาร</li> </ul>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
หมายเหตุ : กำหนดค่าเป้าหมายตาม (ร่าง)กรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับวันที่ 3 ก.ค. 65)				
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่มีความต่อเนื่องและมี ประสิทธิภาพ รวมถึงมีสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน สะอาด ปลอดภัย ให้บริการใน พื้นที่			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	7 อำเภอ ในจังหวัดสตูล			

<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดในแบบฟอร์มที่กำหนด (ระบบ Google Form) เป็นรายไตรมาส 2. ศูนย์อนามัยนำข้อมูลจากระบบ Google Form มาวิเคราะห์ GAP ในภาพรวม ของ เขตสุขภาพ และจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป รวมทั้งการตรวจประเมินเชิง คุณภาพ พร้อม จัดส่งให้กรมอนามัย 3. กรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลฯ ระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการ ดำเนินงานฯ รายไตรมาส 4. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข		
<b>แหล่งข้อมูล</b>	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด		
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมาย กำหนด		
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$= (A*100)/B$		
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	รายไตรมาส รอบ 6,9 และ 12 เดือน (มีนาคม, มิถุนายน และ กันยายน 2566)		
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>			
ปี 2567: ร้อยละ 40 สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Clean Food Good Taste			
<b>รอบ 3 เดือน</b>  มีทะเบียนสถานที่จำหน่าย อาหารที่มีการขออนุญาต หรือหนังสือรับรองการ แจ้ง	<b>รอบ 6 เดือน</b>  สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การประเมิน มาตรฐาน ระดับพื้นฐาน (Clean Food Good Taste) ร้อยละ 30	<b>รอบ 9 เดือน</b>  สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การประเมิน มาตรฐาน ระดับพื้นฐาน (Clean Food Good Taste) ร้อยละ 35	<b>รอบ 12 เดือน</b>  สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การประเมิน มาตรฐาน ระดับพื้นฐาน (Clean Food Good Taste) ร้อยละ 40 และผ่านเกณฑ์การ ประเมินมาตรฐาน ระดับ ดีมาก (Clean Food Good Taste Plus) อย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง

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	มีทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหารที่มีการขออนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งจากท้องถิ่น พร้อมแผนในการออกปฏิบัติงาน
2	พื้นที่ดำเนินการพัฒนาและรับรองสถานที่จำหน่ายอาหารให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน
3	สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับการประเมินรับรองจากทีมอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 35 และส่งผลการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
4	สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับการประเมินรับรองจากทีมอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 40 และได้รับการสุ่มประเมิน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
5	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 45 และผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีมาก (Clean Food Good Taste Plus) อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด</li> <li>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด <ol style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่ที่รับผิดชอบ</li> <li>สนับสนุน ติดตาม กำกับกับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>ประเมินผลการดำเนินงานของพื้นที่</li> <li>จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของจังหวัด รวมทั้งสุ่มประเมินฯ เชิง คุณภาพในพื้นที่</li> </ol> </li> </ol>

<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม</li> <li>2. คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่</li> <li>3. กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</li> <li>4. คู่มือ การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่าย อาหาร พ.ศ. 2561</li> <li>5. คู่มือ อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)</li> <li>6. คู่มือ การดำเนินการของหน่วยงานจัดอบรมตามประกาศอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร</li> <li>7. คู่มือ หลักสูตรการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร</li> </ol>																						
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก (Clean Food Good Taste Plus)</td> <td>แห่ง</td> <td>-</td> <td>5</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2. สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน (Clean Food Good Taste)</td> <td>แห่ง</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>169</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	1. สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก (Clean Food Good Taste Plus)	แห่ง	-	5	-	2. สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน (Clean Food Good Taste)	แห่ง	-	-	169
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																					
		2564	2565	2566																			
1. สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก (Clean Food Good Taste Plus)	แห่ง	-	5	-																			
2. สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน (Clean Food Good Taste)	แห่ง	-	-	169																			
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>นางสุภัทรา กาญจนกำเนิด ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074 711071 ต่อ 309 โทรศัพท์มือถือ : 061 9728419 โทรสาร : 074 721523 E-mail : Supat23@gmail.com กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล</p>																						

## ตัวชี้วัดที่ 18 ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

คำอธิบาย : ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร หมายถึง หน่วยงานในสังกัด มีการรวบรวมองค์ความรู้ (KM) หรืองานวิจัย หรือ ผลงานทางวิชาการทุกประเภท ที่มีอยู่ในองค์กรซึ่งกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ โดยกำหนดให้ มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร อย่างน้อย คปสอ.ละ 1 ครั้ง

คำอธิบาย : องค์กร หมายถึง : คปสอ. ซึ่งประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่นโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศสม. และ ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU)

คำอธิบาย : จำนวนเรื่องของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร หมายถึง จำนวนเรื่องของการรวบรวมองค์ความรู้ (KM) งานวิจัยหรือผลงานทางวิชาการที่มีอยู่ในองค์กร (รพ./รพ.สต./ศสม./PCU) คปสอ.ละ 8 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัย/R2R /นวัตกรรม จำนวน 4 เรื่อง และ CQI จำนวน 4 เรื่อง

เกณฑ์การให้คะแนน

กำหนดเป็นระดับขั้น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

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

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

#แก้ไข ณ วันที่ 8 ธันวาคม 2566 #



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

**คำอธิบาย :**

ตัวชี้วัดผลงาน วัดจากกระบวนการดำเนิน/การพัฒนางานใน 7 กิจกรรมหลัก คือ

1. แต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการความรู้ ขององค์กร
2. วิเคราะห์ห้องค์ความรู้ (KM Focus Area)
3. จัดทำแผนการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร ประจำปีงบประมาณ 2566
4. ถ่ายทอดแผนงาน/ KPI และ แนวทางการดำเนินงานสู่การปฏิบัติ แก่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
5. ดำเนินการจัดการความรู้ขององค์กรให้เป็นระบบ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือการจัดการความรู้ เช่น การประชุมถ่ายทอดแผน ประชุมถอดบทเรียน การศึกษาดูงาน ชุมชนนักปฏิบัติ เวทีเสวนา ฯลฯ
6. การนำองค์ความรู้ที่ได้เผยแพร่
  - จัดรวบรวมองค์ความรู้ที่ได้เป็นรูปเล่ม เป็นไฟล์ หรือจัดทำเป็นคู่มือให้หน่วยงานไปใช้ประโยชน์ (กำหนดให้ หน่วยงานในระดับ รพ./สสอ.(รวม รพ.สต.ในสังกัด) แต่ละ คปสอ. มีผลงานวิชาการ อย่างน้อย 8 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัย/ R2R /นวัตกรรม จำนวน 4 เรื่อง และ CQI จำนวน 4 เรื่อง
  - นำองค์ความรู้ที่ได้เผยแพร่ใน Website KM ทางช่องทางต่างๆของหน่วยงาน
7. การนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์
  - หน่วยงานนำองค์ความรู้ไปใช้ และนำผลการนำ องค์ความรู้ไปใช้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันเพื่อรับทราบถึงประโยชน์ที่ใช่ได้จริง และรับทราบปัญหาอุปสรรค หรือข้อดี/ข้อด้อย

#แก้ไข ณ วันที่ 8 ธันวาคม 2566 #

**วิธีการวัด (รอบ 6 เดือน) มีข้อ 1-5**

ตัวชี้วัดผลงาน (คะแนน)	ค่าเป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จ ของการจัดการ ความรู้ (KM) ใน องค์กร	มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ การจัดการ ความรู้ที่เป็น ปัจจุบัน	มีข้อ 1 และมี การวิเคราะห์ องค์ความรู้ (KM Focus Area) /ปัญหา สุขภาพใน พื้นที่/ปัญหา จากการ ปฏิบัติงาน)	มีข้อ 1,2 และมี แผนการ ดำเนินการ จัดการความรู้ (KM) ในการ ขับเคลื่อน ผลงานวิชาการ ระดับ คปสอ.	มีข้อ 1,2,3 และ มีการ ดำเนินการตาม แผนการจัดการ ความรู้(KM) ใน การขับเคลื่อน ผลงานวิชาการ ระดับ คปสอ.	มีข้อ 1,2,3,4 และมีการ สรุปผลตาม แผนการจัดการ ความรู้

**วิธีการวัด (รอบ 12 เดือน)**

ตัวชี้วัดผลงาน (คะแนน)	ค่าเป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จ ของการจัดการ ความรู้ (KM) ใน องค์กร	มีการ ดำเนินงานใน ขั้นตอนที่1-5	มีการ ดำเนินงานใน ขั้นตอนที่1-5 และมีผลงาน วิชาการ คปสอ. ละอย่างน้อย 2 ผลงานส่งเข้า งานวิชาการ ระดับจังหวัด	มีการ ดำเนินงานใน ขั้นตอนที่1-5 และมีผลงาน วิชาการ คปสอ. ละอย่างน้อย 4 ผลงานส่งเข้า งานวิชาการ ระดับจังหวัด	มีการ ดำเนินงานใน ขั้นตอนที่ 1-5 และมีผลงาน วิชาการ คปสอ. ละอย่างน้อย 6 ผลงานส่งเข้า งานวิชาการ ระดับจังหวัด	มีการ ดำเนินงานใน ขั้นตอนที่ 1-5 และมีผลงาน วิชาการ คปสอ. ละอย่างน้อย 8 ผลงานส่งเข้า งานวิชาการ ระดับจังหวัด

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
จำนวนผลงานทางวิชาการที่มีอยู่ในองค์กร	เรื่อง	86	78	97

#แก้ไข ณ วันที่ 8 ธันวาคม 2566 #



**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการความรู้
2. ผลการวิเคราะห์ห้องค์ความรู้ (KM Focus Area )
3. แผนการจัดการความรู้ (KM)ในการขับเคลื่อนการจัดการความรู้ขององค์กรระดับ คปสอ.
4. ทะเบียนรายชื่อ R2R/ งานวิจัย/CQI และ นวัตกรรม ที่ดำเนินงาน
5. สรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือการจัดการความรู้
6. เอกสาร R2R/ งานวิจัย/CQI และ นวัตกรรม
7. โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร (KM) ระดับอำเภอ
8. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร (KM) ระดับจังหวัด
9. ช่องทางการเผยแพร่องค์ความรู้

กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปวีณา เหมรา  
โทรศัพท์ 074-711071 ต่อ 105  
086 – 9585974

ผู้จัดเก็บข้อมูล นางสาวอนุสรรา เจ๊ะสัน  
โทรศัพท์ 074-711071 ต่อ 105  
063-0810293

## ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ : อย่างน้อย 2 ประเด็นต่ออำเภอ

หน่วยวัด : ร้อยละ (อำเภอ)

น้ำหนัก : 1

เป้าหมาย : ร้อยละ 87

**คำอธิบาย :** การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองผ่านโปรแกรม CL UCCARE และได้รับการรับรองผลการประเมินจากระดับจังหวัด

**อำเภอ หมายถึง** หน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยมีเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 7 อำเภอ

**การรับรองผลการประเมินจากระดับจังหวัด หมายถึง** การรับรองผลการประเมินตนเองของแต่ละ พขอ. โดยคณะกรรมการระดับจังหวัด ซึ่งอย่างน้อยประกอบไปด้วย 1) ผู้แทนจากกระทรวงมหาดไทย 2) ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข 3) ผู้แทนจากกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์และบุคคลอื่นๆ ตามที่จังหวัดเห็นสมควร

**ตัวชี้วัดผลงาน วัดจากกระบวนการดำเนินงาน/การพัฒนางานใน 9 กิจกรรมหลัก คือ**

1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน
2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อวางแผนการพัฒนา หรือ แก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น
3. มีการบันทึกประเด็นผ่านโปรแกรม CL UCCARE
4. มีคณะทำงาน (ย่อย) ตามประเด็น วางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการขับเคลื่อน มีการบริหารจัดการ บูรณาการทรัพยากร
5. มีรายงานการสรุปผลการดำเนินงานตามประเด็นสำคัญ
6. มีการดำเนินการตามแผนประเด็นพื้นที่และการดูแลกลุ่มเปราะบาง
7. มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมีระดับจังหวัด และระดับประเทศ
8. อำเภอมีผลลัพธ์ของประเด็นที่กำหนดของพื้นที่ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดบริบทพื้นที่ อย่างน้อย 2 ประเด็น
9. อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับ 3 ขึ้นไป จากการประเมินตนเอง ผ่านระบบ CL UCCARE

### เกณฑ์การให้คะแนน

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็นค่าเป้าหมาย 5 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ขึ้นตอนกิจกรรมฯ ดังนี้

### วิธีการวัด (รอบ 6 เดือน) มีข้อ 1-5

ตัวชี้วัดผลงาน (คะแนน)	ค่าเป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ร้อยละ ของ อำเภอผ่านเกณฑ์ การประเมินการ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตที่มีคุณภาพ: อย่างน้อย 2 ประเด็นต่อ อำเภอ)	มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับ อำเภอที่เป็น ปัจจุบัน	มีข้อ 1 และมี การประชุม คัดเลือก ประเด็นสำคัญ ตามบริบทของ พื้นที่ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนา คุณภาพชีวิต เพื่อวาง แผนการพัฒนา หรือแก้ไข ปัญหา อย่าง น้อย 2 ประเด็น	มีข้อ 1 , 2 และ มีการบันทึก ประเด็นผ่าน โปรแกรม CL UCCARE	มีข้อ 1 - 3 และ มี คณะทำงาน (ย่อย) ตาม ประเด็น วางแผน แนวทางในการ ขับเคลื่อน ประเด็นการ ขับเคลื่อนมีการ บริหารจัดการ บูรณาการ ทรัพยากร	มีข้อ 1 - 4 และ มีรายงานการ สรุปผลการ ดำเนินงานตาม ประเด็นสำคัญ

**วิธีการวัด (รอบ 12 เดือน)**

ตัวชี้วัดผลงาน (คะแนน)	ค่าเป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ร้อยละ ของ อำเภอผ่าน เกณฑ์การ ประเมินการ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตที่มีคุณภาพ: อย่างน้อย 2 ประเด็นต่อ อำเภอ)	มีการ ดำเนินการ ตามแผน ประเด็นพื้นที่ และการดูแล กลุ่มเปราะบาง	มีข้อ 1 - 6 และ มีการติดตามการ ดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพ ชีวิตของ ประชาชน โดย ใช้กระบวนการ เยี่ยม เสริมพลังของทีม ระดับจังหวัด หรือสูงกว่า	มีข้อ 1 - 7 และอำเภอมี ผลลัพธ์ของ ประเด็นที่ กำหนดของ พื้นที่ ผ่าน เกณฑ์ตัวชี้วัด บริบทพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น	มีข้อ 1 - 8 และ อำเภอมีผลลัพธ์ ของประเด็นที่ กำหนดของ พื้นที่ผ่านเกณฑ์ ตัวชี้วัด ตาม บริบทพื้นที่ อย่างน้อย 2 ประเด็น	มีข้อ 1 - 9 และ อำเภอผ่านเกณฑ์ การประเมิน ตนเอง <b>ระดับ 3 ขึ้นไป</b> ทุกข้อ อย่างน้อย 2 ประเด็น ผ่าน ระบบ CL UCCARE

**เอกสารแนบท้าย**

เกณฑ์แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประกอบด้วย

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team) หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ.
2. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)
4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) หมายถึงการทำงานอย่างมีคุณค่า
5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. (Resource sharing and human development)
6. การแก้ไขปัญหา/การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ (Essential care )

ระดับคะแนน	ความหมาย
1	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัด เป้าหมาย วิธีการติดตาม ประเมินผลเป็นอย่างไร)

ระดับคะแนน	ความหมาย
2	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
3	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญ และ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผน หรือไม่ว่า, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่ว่า, และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่น หรือไม่ว่า)
4	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่ว่า, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่ว่า, และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่ว่า)
5	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ		
		2564	2565	2566
ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมิน การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ (อำเภอ)	100	100	100

ที่มา : ฐานข้อมูลระบบ CL UCCARE ณ วันที่ 30 ก.ย.2566

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวม วิเคราะห์ และตรวจสอบรายงานจากฐานข้อมูลระบบ CL UCCARE

#### กำกับดูแลตัวชี้วัด

: นางปวีณา เหมรา

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

มือถือ 086 – 9585974

โทรศัพท์ 074-711071 ต่อ 105

#### ผู้จัดเก็บข้อมูลและประมวลผลข้อมูล

: นางสาวต่วนปวีร์ณี ดาราหามานเศษ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

มือถือ 065 – 6699391

โทรศัพท์ 074-711071 ต่อ 105

#แก้ไข ณ วันที่ 8 ธันวาคม 2566 #

## ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : 0.5

เป้าหมาย : ร้อยละ 50

คำอธิบาย : หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด อย่างน้อย 3 ข้อจาก 4 ข้อ

คำอธิบาย : หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU/NPCU) หมายถึง หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

คำอธิบาย : เกณฑ์คุณภาพที่กำหนด 4 ข้อ หมายถึง เกณฑ์การดำเนินงานคุณภาพในหน่วยบริการ 4 ข้อ ดังนี้

1. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน Onset to ER ภายใน 60 นาที
2. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระยะเฉียบพลัน Onset to ER ภายใน 60 นาที
3. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย IMC bartel index  $\leq 5$  ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
4. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ต้องการรับการดูแลแบบประคับประคองได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน

หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สูตรการคำนวณ :

$$\text{ร้อยละ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ทั้งที่ขึ้นทะเบียนและที่ไม่ขึ้นทะเบียนตาม พรบ.พ.ศ.2562 ของแต่ละ คปสอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 3 ข้อจาก 4 ข้อ)

B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ทั้งหมด ในแต่ละ คปสอ.

**วิธีการวัด** แบ่งการวัดเป็น 2 รอบ คือ รอบที่ 1 (รอบ 6 เดือน) มีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU/NPCU) โดยกำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับพิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

# แก๊ไข่ ณ วันที่ 4 ธันวาคม 2566 #



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

**วิธีการวัด** รอบที่ 1 (รอบ 6 เดือน) ระดับขั้นของความสำเร็จการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU)

**เกณฑ์คะแนน**

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
1	มีการถ่ายทอด KPI 4 ตัวชี้วัด ให้กับ PCU/NPCU
2	มีข้อ 1. และ PCU/NPCU มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายตาม KPI 4 ตัวชี้วัด
3	มีข้อ 1,2 และมีแนวทางการดำเนินงานดูแลกลุ่มเป้าหมายตาม KPI 4 ตัวชี้วัด
4	มีข้อ 1,2,3 และมีการจัดเก็บผลการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด
5	มีข้อ 1,2,3,4 และมีผลการดำเนินงานอย่างน้อยอำเภอละ 1 ทีม

**วิธีการวัด** รอบที่ 2 (รอบ 12 เดือน) ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด

**เกณฑ์การให้คะแนน** : คิดเป็นร้อยละคำนวณจากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพอย่างน้อย 3 ข้อจาก 4 ข้อ จากเป้าหมายจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ทั้งหมด ในแต่ละ คปสอ. ดังนี้

คปสอ.	จำนวนเป้าหมาย PCU/NPCU (ทีม)	จำนวนที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 (ทีม)
เมืองสตูล	11	6
ควนโดน	2	1
ควนกาหลง	3	2
ท่าแพ	3	2
ละงู	8	4
ทุ่งหว้า	2	1
มะนัง	2	1
<b>รวม</b>	<b>31</b>	<b>17</b>

#แก้ไข ณ วันที่ 4 ธันวาคม 2566#

### เกณฑ์คะแนน

ระดับคะแนน	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด
1	PCU/NPCU ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด ร้อยละ 0-20
2	PCU/NPCU ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด ร้อยละ 21-30
3	PCU/NPCU ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด ร้อยละ 31-40
4	PCU/NPCU ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด ร้อยละ 41-49
5	PCU/NPCU ดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด ร้อยละ 50 ขึ้นไป

### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ของโรงพยาบาล/หน่วยบริการปฐมภูมิ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
2. รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน รอบ 12 เดือน
3. จากรายงาน HDC ข้อมูล 43 แฟ้ม

### กำกับดูแลตัวชี้วัด

: นางปวีณา เหมรา  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
มือถือ 086 – 9585974  
โทรศัพท์ 074-711071 ต่อ 105

### ผู้จัดเก็บข้อมูลและประมวลผลข้อมูล

: นางอัญชรี สายพัทลุง  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
มือถือ 065 – 6239164  
โทรศัพท์ 074-711071 ต่อ 105

# แก้วไข ณ วันที่ 4 ธันวาคม 2566 #

## ตัวชี้วัดที่ 21 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน HAIT ในโรงพยาบาล

หน่วยวัด : ระดับ 5

น้ำหนัก : 1

คำอธิบาย : โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน  
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

HAIT (Healthcare Accreditation Information Technology) หมายถึง คุณภาพ สถานพยาบาล  
ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล  
Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2, Feb.2021) และฉบับเพิ่มเติม  
(HAIT plus)

ยื่นขอรับรอง HAIT หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการกระบวนการยื่นขอรับรอง HAIT ตาม  
ขั้นตอน และได้รับการตรวจเยี่ยม หรือ ตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายในปีงบประมาณ พ.ศ.  
2567 ทุกระดับการขอรับรอง

การดำเนินการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม หรือ ขอ  
รับรองการตรวจประเมินตามที่สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association (TMI)  
กำหนด ดังต่อไปนี้

### ขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม

1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจเยี่ยม ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล  
official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจเยี่ยม
2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจเยี่ยม พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญ  
สมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ
3. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยี  
สารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ
4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทาง  
อีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจเยี่ยมอย่างน้อย 1-2  
วัน
5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจเยี่ยม เพื่อประกอบการ  
นำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจเยี่ยมสมาคม TMI
6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI

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	✓	✓	✓	✓	✓

### กรอบการประเมิน

#### Maturity of Essential IT Improvement activities

1. แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ IT Master Plan
2. การจัดการความเสี่ยง IT Risk Management
3. การจัดการความมั่นคงปลอดภัยพื้นฐาน Basic Security Management
4. การจัดการบริการและอุบัติการณ์ IT Service and Incident Management
5. การพัฒนาคุณภาพข้อมูล Data Quality Improvement
6. การวิเคราะห์ออกแบบระบบก่อนการเขียนโปรแกรม System Analysis and Design
7. การจัดการศักยภาพและสมรรถนะ

### เกณฑ์คะแนน

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
1	<p>ระดับ 1 คะแนนประกอบด้วยผลลัพธ์ ดังนี้</p> <p>1. แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ IT Master Plan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เริ่มมีทีมงานและกระบวนการจัดการให้เกิดคุณภาพ โดยเริ่มเห็นผลบางส่วน แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน HAIT ระดับโรงพยาบาล</li> <li>- แผน IT สอดคล้องกับแผนโรงพยาบาลตอบสนองยุทธศาสตร์หลักของโรงพยาบาล</li> </ul> <p>มีกระบวนการพัฒนาแผนที่ได้มาตรฐาน</p>
2	<p>ระดับ 2 คะแนนประกอบด้วยผลลัพธ์ ดังนี้</p> <p>2. การจัดการความมั่นคงปลอดภัยพื้นฐาน Basic Security Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประเมินความเสี่ยงในระบบ IT ดำเนินการจัดการความเสี่ยงจนประเมินได้ว่าความเสี่ยงลดลง</li> </ul> <p>*ส่วนเสริม HAIT PLUS การทดสอบเจาะระบบ (Penetration Test)</p>

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
	<p><b>3. การจัดการบริการและอุบัติการณ์ IT Service and Incident Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงในระบบ IT ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติอย่างเคร่งครัดมีการจัดการ Data Center จนมั่นคงปลอดภัย</li> <li>*ส่วนเสริม HAIT PLUS การเฝ้าระวังภัยไซเบอร์ การกำหนดมาตรการเผชิญเหตุ ซ้อมแผน รับมือ และแก้ไขเมื่อเกิด ภัยไซเบอร์</li> </ul>
3	<p>ระดับ 3 คะแนนประกอบด้วยผลลัพธ์ ดังนี้</p> <p><b>4. การจัดการบริการและอุบัติการณ์ IT Service and Incident Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัด Service Desk มีการประกาศ Service Level Agreement (SLA) ในเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ใช้ระบบ IT มีระบบเก็บข้อมูล IT Activity and Incident Report and Monitoring</li> <li>*ส่วนเสริม HAIT PLUS การจัดทำรายงาน และส่งรายงานให้กับศูนย์ THAI Cert ทั้งกรณีปกติและ กรณีเกิดภัยไซเบอร์</li> </ul> <p><b>5. การพัฒนาคุณภาพข้อมูล Data Quality Improvement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการเก็บข้อมูลประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัย การทำหัตถการ การให้ยา การรักษา และ รหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกราย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีระบบตรวจสอบคุณภาพความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล OPD, IPD</li> </ul>
4	<p>ระดับ 4 คะแนนประกอบด้วยผลลัพธ์ ดังนี้</p> <p><b>6. การวิเคราะห์ออกแบบระบบก่อนการเขียนโปรแกรม System Analysis and Design</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกระบวนการและเอกสารการวิเคราะห์ออกแบบระบบที่สำคัญในโปรแกรมที่พัฒนาเองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> </ul> <p><b>7. การจัดการศักยภาพและสมรรถนะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและ Gap Analysis, มีการจัดทำแผนเพิ่มศักยภาพ ด้าน Hardware, Software, Network, Peopleware มีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรสำคัญในฝ่าย IT</li> </ul>
5	<p>ระดับ 5 คะแนนประกอบด้วยผลลัพธ์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลดำเนินการรวบรวมข้อมูลทำรูปเล่ม และได้รับการตรวจเยี่ยมจากคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดต่อไป</li> </ul>

เงื่อนไข :

โรงพยาบาลจะต้องอัปโหลดข้อมูลรูปเล่มเป็นไฟล์ PDF เพื่อประกาศผ่านหน้าเว็บไซต์  
<https://datasatun.moph.go.th> ในแต่ละระดับคะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2565	2566	2567
		-	-	

หมายเหตุ : \* (ถ้ามี)

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลของโรงพยาบาลรूपเล่ม HAIT ในแต่ละระดับคะแนน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายธีระยุทธ เกียรติธัญชิต เบอร์ติดต่อ : 0-xxxx-xxxx

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายประณต มหาวิจิตร เบอร์ติดต่อ : 085-893-4713

ผู้ประสานงาน : นายประณต มหาวิจิตร เบอร์ติดต่อ : 085-893-4713

หมายเหตุ : <sup>1</sup> รูปแบบการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของแต่ละตัวชี้วัด

### ตัวชี้วัดที่ 22 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ

หน่วยวัด : ร้อยละการเบิกจ่าย

เป้าหมาย : เพื่อเร่งรัดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ งบดำเนินงานให้เป็นไปตามมติกรมสำหรับ  
ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ร้อยละ 100

คำอธิบาย :

สูตรการคำนวณ :

$$\text{ร้อยละการเบิกจ่าย} = \frac{\text{จำนวนเงินเบิกจ่าย}}{\text{ยอดรับจัดสรรทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน เทียบความสำ เร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ						
ข้อมูลรอบ 6 เดือน		35	40	45	50	55
ข้อมูลรอบ 12 เดือน		96	97	98	99	100

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลเบิกจ่ายและจัดสรรจากงานการเงิน สสจ.สตูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นส.วันทิพย์ อุทยานกูร

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นส.อัญคนาย์ พูลสวัสดิ์

**ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA**

<p><b>คำนิยาม</b></p>	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเองมากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 21 การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 90 ขึ้นไป โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่ ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข กำหนด</p>								
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b></p> <table border="1" data-bbox="300 1031 1321 1129"> <thead> <tr> <th data-bbox="300 1031 565 1083">ปีงบประมาณ 67</th> <th data-bbox="565 1031 808 1083">ปีงบประมาณ 68</th> <th data-bbox="808 1031 1052 1083">ปีงบประมาณ 69</th> <th data-bbox="1052 1031 1321 1083">ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="300 1083 565 1129">94</td> <td data-bbox="565 1083 808 1129">94</td> <td data-bbox="808 1083 1052 1129">94</td> <td data-bbox="1052 1083 1321 1129">95</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	94	94	94	95
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
94	94	94	95						
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม</li> <li>2. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล</li> <li>3. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลเห็นการพัฒนาในด้านคุณธรรมและความโปร่งใสอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มารับบริการ ประชาชน และสังคม มีส่วนร่วมในการประเมินมากขึ้น</li> </ol>								
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p><b>รวมทั้งสิ้น จำนวน 15 หน่วยงาน ประกอบด้วย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล จำนวน 1 หน่วยงาน</li> <li>2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 7 หน่วยงาน</li> <li>3. โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 หน่วยงาน</li> <li>4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 หน่วยงาน</li> </ol>								



<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>ดำเนินการประเมินหน่วยงานเป้าหมาย จำนวน 15 หน่วยงาน โดยใช้แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่จัดทำขึ้นโดยศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="464 411 711 453">ไตรมาสที่ 1</th> <th data-bbox="717 411 948 453">ไตรมาสที่ 2</th> <th data-bbox="954 411 1185 453">ไตรมาสที่ 3</th> <th data-bbox="1192 411 1408 453">ไตรมาสที่ 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="464 462 711 1173"> <p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p> </td> <td data-bbox="717 462 948 1173"> <p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p> </td> <td data-bbox="954 462 1185 1173"> <p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p> </td> <td data-bbox="1192 462 1408 1173"> <p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p> </td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	<p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p>	<p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p>	<p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p>	<p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p>
ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4						
<p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p>	<p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p>	<p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p>	<p>หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</p>						
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<p>1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) 2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข</p>								
<p><b>รายการข้อมูล 1</b></p>	<p>A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 ขึ้นไป (ใน 1 ปี) (จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)</p>								
<p><b>รายการข้อมูล 2</b></p>	<p>B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (15 หน่วยงาน)</p>								
<p><b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b></p>	<p><math>A / B \times 100</math></p>								
<p><b>ระยะเวลาประเมินผล</b></p>	<p>ไตรมาสที่ 4</p>								

<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>						
<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>			
ไตรมาสที่ 1 (ระดับ 5 / ร้อยละ 80)	ไตรมาสที่ 2 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 84)	ไตรมาสที่ 3 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 89)	ไตรมาสที่ 4 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 94)			
<b>เกณฑ์การให้คะแนน</b>						
<b>ตัวชี้วัดผลงาน</b>		<b>เป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด</b>				
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA		74	79	84	89	94
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<p>1. หน่วยงานเป้าหมายจำนวน 15 หน่วยงาน ประเมินตนเองโดยการตอบคำถามต่างๆที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน กระบวนการ หรือกิจกรรมที่หน่วยงานเป้าหมายดำเนินการจริง และมีหลักฐานประกอบที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล คุณธรรม จริยธรรม และความโปร่งใส ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment: MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567</p> <p>2. หน่วยงานเป้าหมายจำนวน 15 หน่วยงาน จัดเก็บข้อมูลเอกสาร/หลักฐานที่เป็นไปตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 บนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงานเป้าหมายอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว หน่วยงานเป้าหมายนำ URL ที่เชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน วาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามปฏิทินที่กำหนด</p> <p>3. ผู้ตรวจประเมินแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ตรวจประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงานเป้าหมายที่มีการจัดเก็บข้อมูลข่าวสารตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่ได้วาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามปฏิทินที่กำหนด</p> <p>4. สรุปรายงานผลการประเมิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ในไตรมาสที่ 4</p>					



**ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลผ่านเกณฑ์  
การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน**

<p><b>คำนิยาม</b></p>	<p>หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล</p> <p><b>การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</b> หมายถึง หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้รับการตรวจสอบตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 มาตรา 79 บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. การตรวจสอบ</b> หมายถึง การปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบภายในภาครัฐตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม</li> <li><b>2. ประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</b> หมายถึง การประเมินผลการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</li> </ol>																	
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b></p> <table border="1" data-bbox="300 1098 1321 1199"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	90												
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70															
90																		
<p><b>เกณฑ์การให้คะแนน</b></p> <table border="1" data-bbox="204 1276 1414 1524"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัดผลงาน</th> <th colspan="5">เป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</td> <td>70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>		ตัวชี้วัดผลงาน	เป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด					1	2	3	4	5	ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	70	75	80	85	90
ตัวชี้วัดผลงาน	เป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัด																	
	1	2	3	4	5													
ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	70	75	80	85	90													
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เป็นไปตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลัง พ.ศ. 2561 มาตรา 79</li> <li>เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561</li> </ol>																	

	3. เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้รับการตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	1. การตรวจสอบ ประกอบด้วย 1.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล 2. การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ประกอบด้วย 2.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. การตรวจสอบ โดย - ผลการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ. 2567 ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล 2. ประเมินผลระบบการควบคุมภายใน โดย - ผลการประเมินผลการจัดวางระบบการควบคุมภายใน โดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินผลการควบคุมภายใน - ส่งข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามที่กำหนด 3. รายงานผล รอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน เสนอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
<b>แหล่งข้อมูล</b>	หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ผ่านเกณฑ์การประเมินได้ร้อยละ 80 ขึ้นไปหรือระดับคะแนน 4
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ตุลาคม 2566 - กันยายน 2567

**เกณฑ์การประเมิน :**

**การตรวจสอบ**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ชี้แจงแนวทาง หน่วยงานในสังกัด ในการดำเนินการ - รวบรวมแผน การตรวจสอบภายใน ประจำปี พ.ศ. 2567 ของจำนวนหน่วยงาน สังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสตูล	รวบรวม วิเคราะห์ สรุปการตรวจสอบภายใน ของจำนวนหน่วยงาน สังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสตูล	รวบรวม วิเคราะห์สรุป การตรวจสอบภายใน จำนวนหน่วยงานสังกัด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสตูล	จำนวนหน่วยงาน สังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สตูล ผ่านเกณฑ์การ ประเมินร้อยละ 90

**การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ชี้แจงแนวทาง จำนวนหน่วยงานสังกัด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสตูล ในการ ดำเนินการ - จัดทำแนวทางการ ประเมินผลระบบการ ควบคุมภายใน	ติดตามการจัดส่งผลการ ประเมินการจัดวางระบบ การควบคุมภายใน ระดับ องค์กร ตามแนวทางที่ กระทรวงการคลังและ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด	- ลงพื้นที่สุ่มประเมิน หน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข - ตรวจสอบและ ประเมินผลในระบบ สารสนเทศ	จำนวนหน่วยงาน สังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สตูล ผ่านเกณฑ์การ ประเมินร้อยละ 84

**วิธีการประเมินผล :**

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่  
ระดับที่ 1 - 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์  
เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

**การตรวจสอบ**

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	จัดส่งแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ.2567 ที่ได้รับอนุมัติจากหัวหน้าหน่วยงาน	1

	2	ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์ฯ ที่กระทรวงการคลังกำหนด ครบทุกหน่วยงานรอบ 6 เดือนแรก (สิ้นสุดวันที่ 31 มีนาคม 2567) ตามแผนการตรวจสอบภายในที่กำหนด	2
	3	สรุปผลการตรวจสอบภายในรอบ 6 เดือนเสนอ หัวหน้าหน่วยงาน	3
	4	- ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์ฯ ที่กระทรวงการคลังกำหนด ครบทุกหน่วยงานรอบ 6 เดือนหลัง (สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567) ตามแผนการตรวจสอบภายในที่กำหนด - เอกสารการปรับแผนการตรวจสอบภายใน (ถ้ามี)	4
	5	สรุปผลการตรวจสอบภายในรอบ 12 เดือนเสนอ หัวหน้าหน่วยงาน	5
<b>ประเมินระบบการควบคุมภายใน</b>			
	ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
	1	กำหนดผู้รับผิดชอบการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน	1
	2	จัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ระดับองค์กร) โดย - หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปค.1) - รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค.4) - รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค.5) - รายงานผลการติดตามรายงานประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค.5) - รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปค.6) แล้วเสร็จภายใน ระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้องตามแนวทาง : หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย	2

		มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561	
	3	จัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามระยะเวลาที่กำหนด	3
	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติ	4
	5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายใน	5
เอกสารสนับสนุน :	หนังสือแนวทาง : 1. พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 2. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 3. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2564      2565      2566
	ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางสาวชาริยา มรรคาเขต ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ 083-519-9599 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-7471-1071 โทรศัพท์มือถือ:0835199599 E-mail : - สถานที่ทำงาน งานตรวจสอบภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล</p> <p>2. ว่าที่ร้อยตรีหญิง กรกนก แสงเหมือนคง ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074711771 โทรศัพท์มือถือ : 089-657-8739 โทรสาร : - E-mail : - สถานที่ทำงาน กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		





ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางสาวชาริยา มรรคาเขต ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-7471-1071 โทรศัพท์มือถือ : 083-519-9599
---	---

### ตัวชี้วัดที่ 25 หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้ผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

หน่วยวัด : ระดับบริการ

น้ำหนัก : 0.5

เป้าหมาย : ระดับดี-ดีมาก

คำอธิบาย เกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ หมายถึง กระบวนการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการตามแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

#### เกณฑ์การประเมิน

ข้อ	ผลการประเมิน	ระดับการประเมิน
1	มีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับ F ≤ 50 คะแนน	ปรับปรุง
2	มีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับ D 51-60 คะแนน	พอใช้
3	มีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับ C (ปานกลาง) 61-70 คะแนน	ปานกลาง
4	มีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับ C+ (ค่อนข้างดี) 71-80 คะแนน	ค่อนข้างดี
5	มีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับ B-A 81-100 คะแนน	ดี-ดีมาก

เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 6 เดือน, รอบ 9-12 เดือน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้ผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ	0.5	ปรับปรุง	พอใช้	ปานกลาง	ค่อนข้างดี	ดี-ดีมาก

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายประพันธ์ ด้วยกาเด โทรศัพท 093-5806777

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวจันทร์เพ็ญ อิศโร โทรศัพท 089-2988434

ตัวชี้วัดที่ 26 ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครือข่ายโรงพยาบาล

น้ำหนัก : 1

สูตรการคำนวณ : (จำนวนเงินที่เบิกจ่าย / จำนวนเงินทั้งหมด) x 100



ข้อมูลการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2566 ; 20/11/2566

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

เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 6 เดือน

ส่วนที่ 1 งบประมาณปี 2566 (สัดส่วนร้อยละ 100)

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการเบิกจ่าย งบค่าเสื่อมของเครือข่าย โรงพยาบาล	1	75	80	85	90	95

### เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 9 เดือน

#### ส่วนที่ 1 งบประมาณปี 2566 (สัดส่วนร้อยละ 50)

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการเบิกจ่าย งบค่าเสื่อมของเครื่องช่วย โรงพยาบาล	0.5	75	80	85	90	95

#### ส่วนที่ 2 งบประมาณปี 2567 (สัดส่วนร้อยละ 50)

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่า เสื่อมของเครื่องช่วยโรงพยาบาล	0.5	30	40	50	60	70

### เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 12 เดือน

#### ส่วนที่ 1 งบประมาณปี 2566 (สัดส่วนร้อยละ 50)

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่า เสื่อมของเครื่องช่วยโรงพยาบาล	0.5	75	80	85	90	95

#### ส่วนที่ 2 งบประมาณปี 2567 (สัดส่วนร้อยละ 50)

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่า เสื่อมของเครื่องช่วยโรงพยาบาล	0.5	50	60	70	80	90

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายประพันธ์ ด้วยกาเด เฮอร์ติดต่อ 093-580-6777

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายพนพล ละอองวิจิตร เฮอร์ติดต่อ 087-399-4449



# กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

