



การถ่ายทอดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข  
ประเด็นยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสตูล  
และตัวชี้วัดระดับพื้นที่ (MOU)  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

| กำหนดการกิจกรรม   | เวลาที่ใช้   |
|---|--------------|
| - ประธาน คปสอ. กล่าวต้อนรับ และแนะนำคณะ คปสอ.   | 5 - 10 นาที  |
| - นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กล่าวเปิดกิจกรรม และแนะนำคณะจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล  | 10 - 15 นาที |
| - คณะจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ร่วมนำเสนอ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้<br>1. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และนโยบายของท่านผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (10 - 15 นาที)<br>2. แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2566 - 2570 โดย กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข (5 - 10 นาที)<br>3. ตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดย หัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล (ตัวชี้วัดละ 3 - 5 นาที) | 2 ชั่วโมง    |
| - สรุปผลการถ่ายทอดฯ และร่วมแลกเปลี่ยนแนวทางการแก้ไขปัญหา/ข้อเสนอแนะ โดย คณะจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล และ คปสอ.  | 15 - 30 นาที |
| - ปิดการประชุม  |              |

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล  
Satun Provincial Health Office



# นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567





# นโยบาย

## กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567

ยกระดับ 30 บาท  
เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน



### 1 โครงการพระราชดำริฯ/ เอลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวข้องเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์

- โครงการเฉลิมพระเกียรติฯ 72 พรรษา
- โครงการราชทัณฑ์ปันสุข
- โรงพยาบาลอภัยเวช-ต้นแบบ (SWS./SWK.)
- สุนัขลาพระราชทาน

### 2 sw.กทม. 50 เขต 50 sw. และปริมณฑล

- เพิ่มการเข้าถึงบริการเขตเมือง
- sw.ประชาชน, sw.รัฐในกำกับ



### 3 สุขภาพจิต/ ยาเสพติด



- sw.ใกล้บ้าน มีแผนจิตเวช ที่เข้าถึงได้
- บริการจิตแพทย์/ นักจิตวิทยา ผ่าน Telemedicine
- ดูแล บำบัด รักษา ยาเสพติดครบวงจร

### 4 มะเร็งครบวงจร

- ป้องกัน คัดกรอง รักษา ดูแล
- วัคซีนมะเร็งปากมดลูก
- มะเร็งท่อน้ำดี
- จัดตั้งทีม Cancer Warrior



### 5 สร้างขวัญ และกำลังใจ บุคลากร

- สื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ บุคลากร ผู้ป่วย ญาติ
- สร้างขวัญกำลังใจ
- ก.สร. ออกจาก กว.



แก้ปัญหาคือ

### 6 การแพทย์ปฐมภูมิ



- นัดหมาย พบหมอ ตรวจเลือด รับยา หน่วยงานใกล้บ้าน
- อำนวยโรงเรียน (ครู หมอ พ่อแม่)
- Smart อสม.
- การแพทย์ทางไกล เทคโนโลยีทุกที่ทุกเวลา

### 7 สาธารณสุข ชายแดนและ พื้นที่เฉพาะ

- สามจังหวัด ชายแดนภาคใต้
- พื้นที่ชายแดน
- กลุ่มประชากรเฉพาะ



### 8 สถานชิวาภิบาล



- ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward/ Hospital at Home)

### 9 พัฒนา รพช. แม่ข่าย

- พัฒนาศักยภาพ การตรวจวินิจฉัย และรักษา CT MRI
- ลดแออัด สดรอคอย
- ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
- Mobile Stroke Unit



วางรากฐาน

### ดิจิทัลสุขภาพ

- บัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่
- ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์
- sw.อัจฉริยะ
- Virtual Hospital
- e-Service



### 11 ส่งเสริมการมีบุตร

- วาระแห่งชาติ "เพิ่มอัตราการเกิดของเด็กคุณภาพ"
- คัดกรองโรคหายากในการก่อกำเนิด



### เศรษฐกิจสุขภาพ

- Blue Zone สร้างต้นแบบพื้นที่อายุยืน
- ศูนย์กลางการแพทย์มูลค่าสูง
- นวัตกรรมบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- สร้างงาน สร้างอาชีพ



### 13 บั๊กท่องเที่ยวปลอดภัย



- ยกระดับความปลอดภัย ด้านอาหาร สถานที่ ผู้ให้บริการ
- ยกระดับระบบไฟระจิงโรค และควบคุมโรคให้ทันสมัย กับเวลา
- เพิ่มบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับ ผู้ป่วยวิกฤต อย่างครอบคลุม

สร้างเศรษฐกิจ



# นโยบาย

## กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567

10 นโยบายเน้นหนัก  
ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกโรค  
Quick Win 100 วัน



1 โครงการพระราชดำริฯ/  
เฉลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวเนื่องกับ  
พระบรมวงศานุวงศ์

- โครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ  
เครื่อง่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ เขตสุขภาพละ: 1 เครื่อง่าย
- โรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ (สพร./สวก.)

2

sw. กทม.  
50 เขต 50 sw.  
และปริมณฑล



- จัดตั้ง sw. 120 เต็ม ในเขตคอนเมือง / อ.เมือง จ.เชียงใหม่

3



สุขภาพจิต/  
ยาเสพติด

- จัดตั้งศูนย์มีนิจญูกรักษ์  
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ  
ยาเสพติด ทุกจังหวัด

4

มะเร็ง  
ครบวงจร



- ให้ความรู้ HPV ในหญิง  
อายุ 11 – 20 ปี 1 ล้านโดส

5

สร้างขวัญ  
และกำลังใจ  
บุคลากร

- มี CareD+ Team ในหน่วยบริการทุกระดับ
- บรรจุพยาบาล 3,000 ตำแหน่ง
- กำหนดตำแหน่งพยาบาล  
ชำนาญการพิเศษ
- แพทย์ลาเรียน ได้รับการยกเว้น  
ได้เลื่อนเงินเดือนระหว่างลาศึกษาต่อ



6



สถานชิวากิบาล

- จัดตั้งสถานชิวากิบาล  
เขตสุขภาพละ: 1 แห่ง

7

บัตรประชาชน  
ใบเดียวรักษาทุกที่

- บัตรประชาชนใบเดียว  
รักษาได้ทุกที่ 4 เขตสุขภาพ
- 200 sw.อัจฉริยะ: ทั่วประเทศ



8



ส่งเสริมการมีบุตร

- บรรจุเป็นวาระแห่งชาติ  
บูรณาการร่วมกับ  
ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

9

เศรษฐกิจสุขภาพ

- Blue Zone (NAN MODELS &  
CITY MODELS) เมืองสุขภาพดี  
วิถีชุมชน คนอายุยืน



10

นักท่องเที่ยง  
ปลอดภัย



- One Region  
One Sky Doctor



# นโยบายและแนวทางการปฏิบัติงาน ของท่านผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

## “ ริเริ่ม เร่งรัด สานต่อ ”

**ริเริ่ม** คือ ริเริ่มทำในสิ่งที่ดีร่วมกันทุกภาคีเครือข่าย เพื่อความผาสุกของพี่น้องประชาชนในพื้นที่

**เร่งรัด** คือ การมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเร็ว เพื่อให้  
“**ทันโลก ทันสมัย ทันท้องถิ่น**”

**สานต่อ** คือ สิ่งที่ดี ที่ทำได้ด้อยแล้ว ให้สานต่อ และขยาย ผลออกไปให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และให้ถึงประชาชนทุกคนทุกกลุ่มวัย



# แนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาจังหวัดสตูลใน 10 ประเด็นสำคัญ



1. การปกป้องและเทิดทูนสถาบันหลักของชาติ
2. การรักษาความสะอาด
3. การส่งเสริมการท่องเที่ยว
4. การให้บริการประชาชน และการบริการภาครัฐแบบ One Stop Service
5. การขจัดปัญหาการทุจริตประพฤติมิชอบ
6. การพัฒนาสวัสดิภาพและคุณภาพชีวิตและสร้างรายได้ให้กับประชาชน  
ภายใต้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของสหประชาชาติ
7. การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
8. การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
9. การสวมใส่ผ้าไทยหรือผ้าพื้นถิ่น
  - 9.1 วันอังคาร และวันพฤหัสบดี สวมใส่ชุดลายขอ
  - 9.2 วันพุธ และวันศุกร์ สวมใส่ชุดพื้นถิ่น
10. การมีผลการปฏิบัติงานที่ดี







สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล  
Satun Provincial Health Office

# แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2566 – 2570



## วิสัยทัศน์ (Vision)



ระบบสุขภาพเป็นเลิศ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย  
สู่เป้าหมายสุขภาพะคนสตูล ภายในปี พ.ศ. 2570

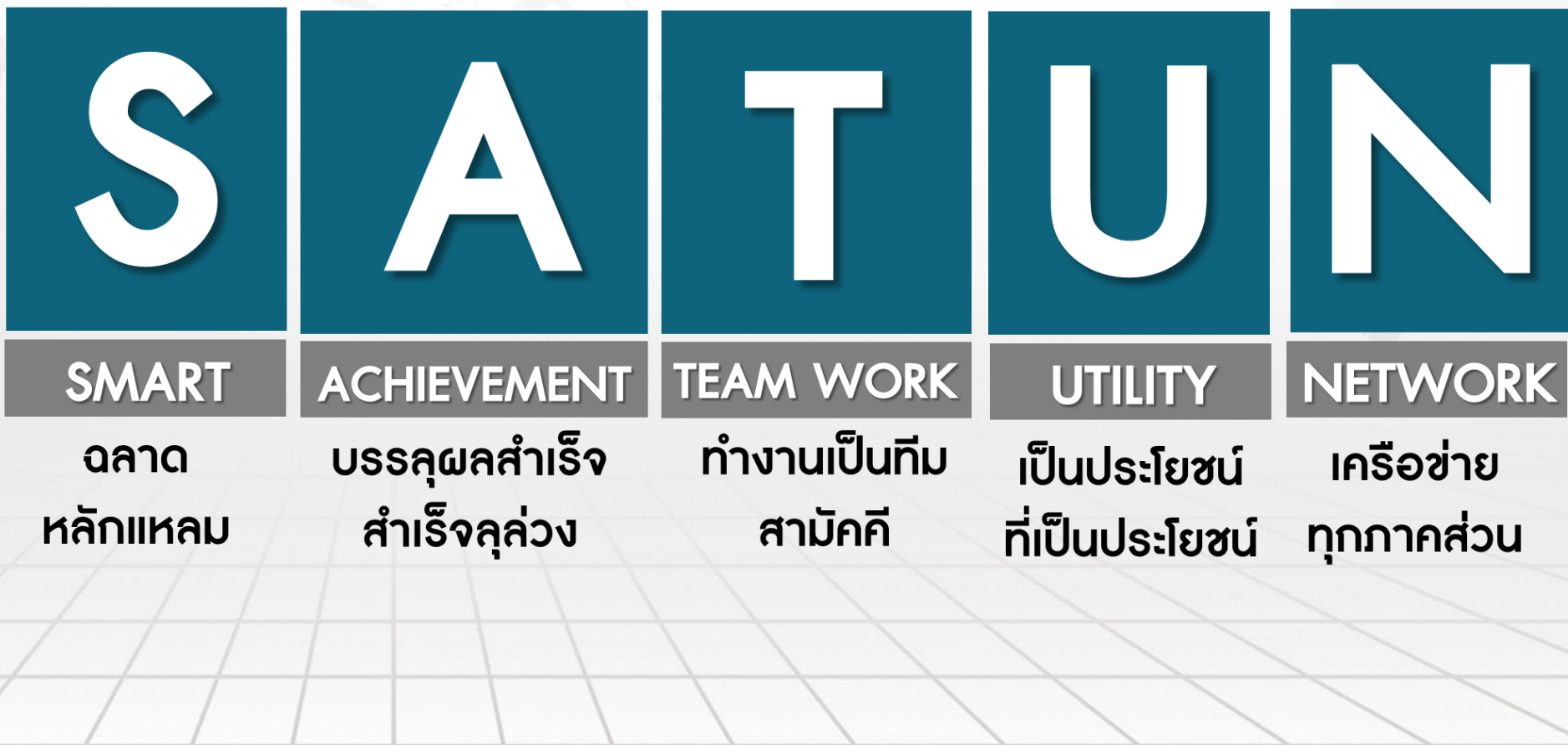
## พันธกิจ (Mission)

- ❖ 1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด
- ❖ 2. ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด
- ❖ 3. กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข ในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- ❖ 4. ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด ให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง
- ❖ 5. พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ ในเขตพื้นที่จังหวัด
- ❖ 6. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย



# ค่านิยม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล  
Satun Provincial Health Office



# เป้าประสงค์หลัก (Goal)



1. ประชาชนทุกกลุ่มวัย  
มีสุขภาพดี



2. มีระบบบริการสุขภาพ  
ที่ได้มาตรฐาน



3. ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค  
ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม



4. หน่วยบริการเป็น  
องค์กรสมรรถนะสูง



5. ภาคีเครือข่าย  
ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม



แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐ (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗)

Prevention Promotion and Protection Excellence

Service Excellence

People Excellence

Governance Excellence

“ระบบสุขภาพเป็นเลิศ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สู่เป้าหมายสุขภาพะคนสตูล ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ ”

พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค

พัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ

พัฒนาระบบบริหารจัดการ

ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ

- พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก
- พัฒนาระบบการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ
- พัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
- พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภค และอนามัยสิ่งแวดล้อม

- พัฒนาโครงการพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ
- พัฒนาหน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์
- ส่งเสริมการบูรณาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล
- ส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สมุนไพร กัญชา และ Wellness Center
- พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านการบริการสุขภาพ

- พัฒนาระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินและตอบโต้ภัยสุขภาพ
- พัฒนาระบบดิจิทัลด้านสุขภาพ
- พัฒนาระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาลและความโปร่งใส
- ส่งเสริมนวัตกรรมและพัฒนาวิชาการของหน่วยงาน
- พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
- พัฒนาระบบบริหารการเงินที่มีประสิทธิภาพ

- ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ
  - เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
  - เครือข่ายระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
  - เครือข่ายสถานศึกษาภาค/เอกชน
  - เครือข่ายภาคประชาชน อสม.NGO
  - เครือข่ายเรือจำ/ทัพท์สถาน
  - เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค
  - เครือข่ายศาสนสถาน

- ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ลดลง
- ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คบส.
- ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน อวล.

- ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- ร้อยละขอสถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

- ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน EOC
- ระดับความสำเร็จการประเมินงานดิจิทัลด้านสุขภาพ
- ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านการประเมินเกณฑ์ ITA
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาการจัดการความรู้
- ระดับความสำเร็จในการนำดัชนีความสุมาปรับใช้
- ร้อยละของหน่วยบริการที่มีภาวะวิกฤติทางการเงิน

- ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ พขอ.

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์

กลยุทธ์

ตัวชี้วัดหลัก

ตัวชี้วัดฯ MOU จำนวน 26 ตัวชี้วัด

(ตัวชี้วัดผู้บริหาร จำนวน 5 ตัวชี้วัด)



# ตัวชี้วัดผู้บริหาร



- ❖ **ตัวชี้วัดที่ 1** ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์
- ❖ **ตัวชี้วัดที่ 3** ร้อยละของตำบลที่มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีขึ้นไป
- ❖ **ตัวชี้วัดที่ 12** ระดับความสำเร็จของการดำเนินอาหารปลอดภัยจังหวัด
- ❖ **ตัวชี้วัดที่ 16** ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
  - ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL Challenge ระดับดีเยี่ยม
  - ร้อยละของ รพ.สต..ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital (GCSh) ระดับดีเยี่ยม เพิ่มขึ้นร้อยละ 10
- ❖ **ตัวชี้วัดที่ 18** ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร : มีผลวิชาการเข้างานวิชาการ ระดับจังหวัด อย่างน้อย คปสอ. ละ 8 เรื่อง  $CQI = 4 R2R/$  วิจัย/นวัตกรรม = 4

**“DIFFICULT DOESN'T MEAN IMPOSSIBLE.  
IT SIMPLY MEANS THAT YOU HAVE TO WORK HARD.”**

**“ยาก” ไม่ได้หมายความว่า “เป็นไปไม่ได้”  
แต่มันหมายความว่า คุณจะต้องพยายามให้หนักขึ้น**





**THANK YOU**  
**ขอบคุณครับ**



ตัวชี้วัดการประเมินผลงาน  
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU)  
ระดับ คปสอ. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



- MOU ถ่ายทอดลงสู่ระดับ คปสอ.

รอบที่ 1 ภายใต้การดำเนินงาน 6 เดือน (ต.ค. 66 - มี.ค. 67) **ประเมินผล เม.ย. 67**

รอบที่ 2 ภายใต้การดำเนินงาน 10 เดือน (ต.ค. 66 - ก.ค. 67) **ประเมินผล ส.ค. 67**



- ตัวชี้วัด เน้นประเด็นสำคัญที่ถ่ายทอดแต่ละระดับ

(น้ำหนักตัวชี้วัด : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขดำเนินการ)



- ที่มาของตัวชี้วัด

นโยบายกระทรวง สมต./ สร. =>Performance Agreement

นโยบายผู้ตรวจราชการ =>ประเด็นตรวจราชการ

นโยบาย นพ.สสจ. =>ประเด็น จุดเน้น

และประเด็นปัญหาของจังหวัดสตูล



- ตัวชี้วัดฯ MOU จำนวน 26 ตัวชี้วัด (  ตัวชี้วัดผู้บริหาร จำนวน 5 ตัวชี้วัด)



## ตัวชี้วัดการประเมินผลงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ.

| ลำดับ | ตัวชี้วัด  | น้ำหนักตัวชี้วัด | ผู้รับผิดชอบ    |
|-------|--|------------------|-----------------|
| 1     | ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์     | 0.5              | ส่งเสริมสุขภาพ  |
| 2     | ร้อยละเด็กอายุครบ 12 เดือนในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจาง                          | 0.5              | ส่งเสริมสุขภาพ  |
| 3     | ร้อยละของตำบลที่มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีขึ้น                      | 0.5              | ส่งเสริมสุขภาพ  |
| 4     | ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน สู่ 2,500 วัน | 0.5              | ส่งเสริมสุขภาพ  |
| 5     | ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)                               | 0.5              | ทันตสาธารณสุข   |
| 6     | อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่                                   | 0.5              | ควบคุมโรคติดต่อ |
| 7     | อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ                | 0.5              | ควบคุมโรคติดต่อ |
| 8     | ร้อยละของหญิงไทยอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีน HPV                                   | 1                | ควบคุมโรคติดต่อ |
| 9     | ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี                                 | 1                | NCD             |
| 10    | ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี                        | 1                | NCD             |
| 11    | ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายลดลงกว่าปีที่ผ่านมา                                   | 0.5              | NCD             |



## ตัวชี้วัดการประเมินผลงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ.

| ลำดับ | ตัวชี้วัด   | น้ำหนักตัวชี้วัด | ผู้รับผิดชอบ      |
|-------|---|------------------|-------------------|
| 12    | ระดับความสำเร็จของการดำเนินอาหารปลอดภัยจังหวัด  | 1                | คุ้มครองผู้บริโภค |
| 13    | ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล ( RDU Province )   | 0.5              | คุ้มครองผู้บริโภค |
| 14    | ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก   | 0.5              | แพทย์แผนไทย       |
| 15    | ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์   | 0.5              | แพทย์แผนไทย       |
| 16    | ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital  | 1                | อนามัยสิ่งแวดล้อม |
| 17    | ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน และผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก อำเภอละ 1 แห่ง  | 0.5              | อนามัยสิ่งแวดล้อม |
| 18    | ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร : มีผลวิชาการเข้างานวิชาการ ระดับจังหวัดอย่างน้อย คปสอ ละ 8 เรื่อง CQI = 4 R2R/ วิจัย/นวัตกรรม = 4 | 1                | พัฒนาคุณภาพฯ      |



## ตัวชี้วัดการประเมินผลงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ.

| ลำดับ | ตัวชี้วัด   | น้ำหนักตัวชี้วัด | ผู้รับผิดชอบ |
|-------|---|------------------|--------------|
| 19    | ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ : อย่างน้อย 2 ประเด็นต่ออำเภอ   | 1                | พัฒนาคุณภาพฯ |
| 20    | ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินงานผ่านเกณฑ์ คุณภาพตามที่กำหนด : ร้อยละ 50 (ของ PCU/NPCU ในแต่ละอำเภอ) | 0.5              | พัฒนาคุณภาพฯ |
| 21    | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน HA IT ในโรงพยาบาล  | 1                | ยุทธศาสตร์   |
| 22    | ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ   | 1                | บริหารฯ      |
| 23    | ร้อยละของหน่วยงานผ่านการประเมินความโปร่งใส ITA  | 0.5              | นิติการ      |
| 24    | ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน                                 | 0.5              | ตรวจสอบภายใน |
| 25    | หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้ผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ  | 0.5              | ประกันสุขภาพ |
| 26    | ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมของเครือข่ายโรงพยาบาล<br>-งบประมาณปี 2566 สัดส่วนร้อยละ 50<br>-งบประมาณปี 2567 สัดส่วนร้อยละ 50        | 0.5              | ประกันสุขภาพ |



# ตัวชี้วัดผู้บริหาร



- ❖ **ตัวชี้วัดที่ 1** ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์
- ❖ **ตัวชี้วัดที่ 3** ร้อยละของตำบลที่มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีขึ้นไป
- ❖ **ตัวชี้วัดที่ 12** ระดับความสำเร็จของการดำเนินอาหารปลอดภัยจังหวัด
- ❖ **ตัวชี้วัดที่ 16** ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
  - ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL Challenge ระดับดีเยี่ยม
  - ร้อยละของ รพ.สต..ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital (GCSh) ระดับดีเยี่ยม เพิ่มขึ้นร้อยละ 10
- ❖ **ตัวชี้วัดที่ 18** ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร : มีผลวิชาการเข้างานวิชาการ ระดับจังหวัด อย่างน้อย คปสอ. ละ 8 เรื่อง  $CQI = 4 R2R/$  วิจัย/นวัตกรรม = 4

# ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์



ตัวชี้วัดผู้บริหาร

ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด** : นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
**ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นางเบญจวรรณ ใจเย็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

## คำอธิบาย

**หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์** หมายถึง หญิงที่คลอดบุตร หรือแท้ง ในเขตรับผิดชอบ

**ภาวะโลหิตจาง** หมายถึง หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ และมีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า 33% หรือค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร



## เกณฑ์การให้คะแนน

| 1         | 2         | 3         | 4         | 5         |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 19 | ร้อยละ 18 | ร้อยละ 17 | ร้อยละ 16 | ร้อยละ 15 |

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

## รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

| เกณฑ์       | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ |      |              |
|-------------|----------------------------|------|--------------|
|             | 2564                       | 2565 | 2566         |
| ≤ ร้อยละ 14 | -                          | -    | ร้อยละ 21.00 |



# ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละเด็กอายุครบ 12 เดือนในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ 17)



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

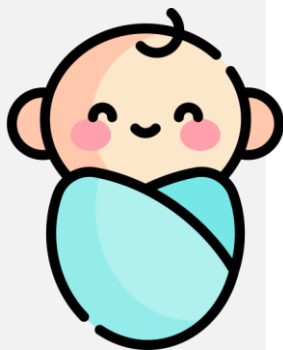
**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสาวเจนจิรา นาคำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

**ค่าน้ำหนักคะแนน 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



## สูตรการคำนวณ

|                    |  |
|--------------------|--|
| รายการข้อมูลที่ 1  | A = จำนวนเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจางในช่วงอายุ 6-12 เดือน พบภาวะโลหิตจาง และตรวจโดยไม่พบรหัส ICD10 ตามรายการแนบท้าย  |
| รายการข้อมูลที่ 2  | B = จำนวนเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจางในช่วงอายุ 6-12 เดือน และตรวจโดยไม่พบรหัส ICD10 ตามรายการแนบท้าย   |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$<br>- เจื่อนไข ภายใต้การตรวจภาวะโลหิตจาง เด็กอายุครบ 12 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90<br>- ตัดซ้ำซ้อนกรณีตรวจมากกว่าหนึ่งครั้ง = หากมีการตรวจมากกว่า 1 ครั้ง และพบภาวะโลหิตจาง ไม่ว่าจะกี่ครั้งก็ตามถือว่าภาวะโลหิตจาง |

## เกณฑ์การให้คะแนน

| 1         | 2         | 3         | 4         | 5         |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 21 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 19 | ร้อยละ 18 | ร้อยละ 17 |

# ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของตำบลที่มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีขึ้นไป (ร้อยละ 100)



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางฉัตรพิไล เจียรระนัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นายสุขุม รักศรีทอง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

**ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5**

**ตัวชี้วัดผู้บริหาร**

## 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



## สูตรการคำนวณ

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

### เกณฑ์การประเมิน รอบ 6 เดือน

| ระดับ 1   | ระดับ 2   | ระดับ 3   | ระดับ 4   | ระดับ 5   |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 |

### เกณฑ์การประเมิน รอบ 12 เดือน

| ระดับ 1   | ระดับ 2   | ระดับ 3   | ระดับ 4   | ระดับ 5    |
|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 100 |

# ตัวชี้วัดที่ 4 ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันพลัส สู่ 2,500 วัน

เกณฑ์การประเมิน รอบ 6 เดือน

ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5

| ขั้นตอนที่ | รายละเอียดการดำเนินงาน  | คะแนนที่ได้ |
|------------|---|-------------|
| 1          | ตำบลเข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน<br>(ครบทุกตำบล = 1 คะแนน ไม่ครบ = 0.5 คะแนน)  | 1           |
| 2          | ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน มีนโยบาย/มาตรการทางสังคมและมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับตำบล โดยมีบทบาทดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยในตำบล (ครบทุกตำบล = 1 คะแนน ไม่ครบ = 0.5 คะแนน)    | 1           |
| 3          | ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน มีการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับตำบล และรายงานการประชุม (ครบทุกตำบล = 1 คะแนน ไม่ครบ = 0.5 คะแนน)  | 1           |
| 4          | ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน มีแผนงาน/โครงการ/ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็ก แรกเกิด 5 ปี เป็นลายลักษณ์-อักษร ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาตามบริบท และสถานการณ์ของพื้นที่<br>(ครบทุกตำบล = 1 คะแนน ไม่ครบ = 0.5 คะแนน) | 1           |
| 5          | ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน มีการประเมินตนเองครั้งที่ 1 และรวบรวมผลการประเมินตนเอง ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ภายใน กุมภาพันธ์ 2567<br>(ครบทุกตำบล = 1 คะแนน ไม่ครบ = 0.5 คะแนน)                             | 1           |

# ตัวชี้วัดที่ 4 ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน สู่ 2,500 วัน

เกณฑ์การประเมิน รอบ 12 เดือน

ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5

| ขั้นตอนที่ | รายละเอียดการดำเนินงาน   | คะแนนที่ได้ |
|------------|--|-------------|
| 1          | <p>ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลุส สู่ 2,500 วัน มีการประเมินตนเอง ครั้งที่ 2 และรวบรวมผลการประเมินตนเอง ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ภายใน พฤษภาคม 2567</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ครบทุกตำบล และครบทุกองค์ประกอบ = 1 คะแนน</li><li>- ครบทุกตำบล แต่ไม่ครบทุกองค์ประกอบ = 0.5 คะแนน</li><li>- ไม่ครบทุกตำบล = 0 คะแนน</li></ul>   | 1           |
| 2          | <p>ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลุส สู่ 2,500 วัน มีผลการประเมินตนเองทุกองค์ประกอบ และแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับดีเยี่ยม หรือได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน ไม่น้อยกว่าจำนวนตำบลเป้าหมาย*</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ครบตามตำบลเป้าหมาย = 2 คะแนน</li><li>- น้อยกว่าจำนวนตำบลเป้าหมาย แต่ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 50 = 1 คะแนน</li><li>- ต่ำกว่า ร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลเป้าหมาย = 0 คะแนน</li></ul> | 2           |
| 3          | <p>ตำบลเป้าหมายทุกตำบล ผ่านการประเมินรับรองให้เป็นตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลุส สู่ 2,500 วัน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล</p>   | 3           |

# ตัวชี้วัดที่ 4 ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน สู่ 2,500 วัน

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

ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5

| อำเภอ          | จำนวนตำบลทั้งหมด | จำนวนตำบลเป้าหมาย |
|----------------|------------------|-------------------|
| อำเภอเมืองสตูล | 12               | 4                 |
| อำเภอควนโดน    | 4                | 2                 |
| อำเภอควนกาหลง  | 3                | 2                 |
| อำเภอละงู      | 6                | 2                 |
| อำเภอทุ่งหว้า  | 5                | 2                 |
| อำเภอท่าแพ     | 4                | 2                 |
| อำเภอมะนัง     | 2                | 2                 |
| รวม            | 36               | 12                |



# ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) (ร้อยละ 80)

ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5

★ โดยมีตัวชี้วัดย่อยติดตาม กิจกรรมสำคัญ ระดับอำเภอ “ร้อยละ เด็ก 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 50”



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นายศุภเดช สุกใส ทันตแพทย์ชำนาญการ

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางวีรียา มาลินี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ



## สูตรการคำนวณ

$$(A+B)/C \times 100$$

A= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free)

B= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน

C= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจ

## เกณฑ์การประเมิน รอบ 6 เดือน

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

## เกณฑ์การประเมิน รอบ 12 เดือน

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

# ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

# ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ



## สูตรการคำนวณ

ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางอรนุช นรารักษ์  
**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางมีเนาะ แผล่ทองคำ

## เกณฑ์การให้คะแนน

### 1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ประเมินผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในช่วง 1 ต.ค.66 – 31 ธ.ค. 66 โดยประเมินเดือน ก.ย. 67

| ระดับ 1   | ระดับ 2   | ระดับ 3   | ระดับ 4   | ระดับ 5   |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 65 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 85 |

### 2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

ประเมินทุกไตรมาส : Treatment coverage อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคปอดและกลับเป็นซ้ำ

| ระดับ 1   | ระดับ 2   | ระดับ 3   | ระดับ 4   | ระดับ 5   |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 65 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 85 |

**รายการข้อมูล 1**  
A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 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 2566)

**สูตรคำนวณตัวชี้วัด 6**  
 $(A/B) \times 100$

**รายการข้อมูล 3**  
C = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567)

**รายการข้อมูล 4**  
D = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567)

**สูตรคำนวณตัวชี้วัด 7**  
 $(C/D) \times 100$



ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

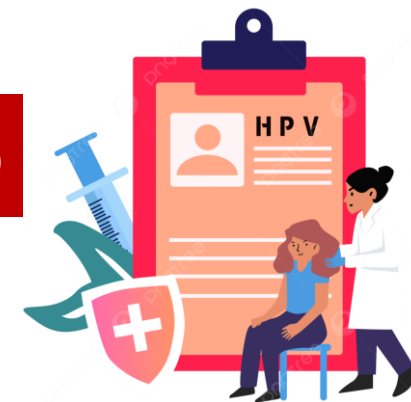
### Estimate case ผู้ป่วยวัณโรค ปี 2567

| อำเภอ    | ประชากรHDC(type 1 ,3) | Estimate | จำนวนผู้ป่วยวัณโรค<br>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 (ตามความสนใจของผู้ปกครองและเด็ก) (ร้อยละ 95)

ค่าน้ำหนักคะแนน 1.0



**ผู้จัดเก็บข้อมูล** : 1. นางอรนุช นรารักษ

2. นางมาลี มาลินี

## กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยอายุ 11- 20 ปี ทั้งในและนอกระบบการศึกษา  
(เกิดวันที่ 1 มค.2546 - 31 ธค.2555) 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

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

## ระยะเวลาประมวลผล

เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง มกราคม 2567 (ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน)

## เกณฑ์การให้คะแนน

| เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด |     |       |       |       |    |
|---|-----|-------|-------|-------|----|
| น้ำหนัก   | 1   | 2     | 3     | 4     | 5  |
| ร้อยละ  | <80 | 80-84 | 85-89 | 90-94 | 95 |

# ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ 30)



**กำกับดูแลตัวชี้วัด** : นายสุทธิมาศ บินสอาด

**ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นางคงขวัญ วิชาศิริกุล

## คำอธิบาย

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 หรือ 3

2. ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

## สูตรการคำนวณ

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



## ค่าน้ำหนักคะแนน 1.0

### เกณฑ์การให้คะแนน

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

### เกณฑ์การประเมิน รอบ 6 เดือน

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

### เกณฑ์การประเมิน รอบ 12 เดือน

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

# ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ร้อยละ 50)



**กำกับดูแลตัวชี้วัด** : นายสุทธิมาศ บินสอาด

**ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นางคงขวัญ วิทยาศิริกุล



## 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

## สูตรการคำนวณ

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

## ค่าน้ำหนักคะแนน 1.0

### เกณฑ์การให้คะแนน

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| -           | ≥ร้อยละ 25  | -           | ≥ร้อยละ 50   |

### เกณฑ์การประเมิน รอบ 6 เดือน

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

### เกณฑ์การประเมิน รอบ 12 เดือน

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

# ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายลดลงกว่าปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 25)



**กำกับดูแลตัวชี้วัด** : นายสุทธิมาศ บินสอาด

**ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นางอรนุช ดุลยานา



## 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

## สูตรการคำนวณ

**รายการ ข้อมูล 1** A1:= จำนวนพยายามฆ่าตัวตายที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบปัจจุบัน

**รายการ ข้อมูล 2** B1: = จำนวนพยายามฆ่าตัวตายที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบปีที่ผ่านมา

**การคำนวณ**  $((B1-A1)/B1) \times 100$

## ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5

### เกณฑ์การให้คะแนน

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| -           | ≥ร้อยละ 15  | -           | ≥ร้อยละ 25   |

### เกณฑ์การประเมิน รอบ 6 เดือน

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

### เกณฑ์การประเมิน รอบ 12 เดือน

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

# ตัวชี้วัดที่ 12 ระดับความสำเร็จของการดำเนินอาหารปลอดภัยจังหวัด

ค่าน้ำหนักคะแนน 1.0



ตัวชี้วัดผู้บริหาร



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางสุขมาลย์ พัฒนศิริ เกษัชกรชำนาญการพิเศษ  
**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสุทธาภรณ์ รักษาศรีทอง เกษัชชำนาญการ และนายสุเมธ พงศดารา เกษัชชำนาญการ

| เกณฑ์<br>การให้คะแนน | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด   |         |            |               |                  |
|----------------------|---|---------|------------|---------------|------------------|
|                      | 1   | 2       | 3          | 4             | 5                |
| ขั้นตอน              | 1   | 1 และ 2 | 1, 2 และ 3 | 1, 2, 3 และ 4 | 1, 2, 3, 4 และ 5 |
| ขั้นตอน              |   |         |            |               |                  |
| 1                    | ประชุมกำหนดเป้าหมายผลิตภัณฑ์อาหารและสถานที่ผลิตอาหารเป้าหมายตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและปัญหาในพื้นที่ของจังหวัดสตูล และจัดทำประชุมทำแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยจังหวัด  |         |            |               |                  |
| 2                    | พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ  |         |            |               |                  |
| 3                    | ดำเนินการตามแผนตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30</b> และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหาร <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50</b><br>ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50</b> และผลิตภัณฑ์อาหารผ่านมาตรฐาน <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</b> |         |            |               |                  |
| 4                    | ดำเนินการตามแผนตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60</b> และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหาร <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</b><br>ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</b> และผลิตภัณฑ์อาหารผ่านมาตรฐาน <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</b> |         |            |               |                  |
| 5                    | ดำเนินการตามแผนตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</b> และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหาร <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</b><br>ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</b> และผลิตภัณฑ์อาหารผ่านมาตรฐาน <b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</b> |         |            |               |                  |

# ตัวชี้วัดที่ 12 ระดับความสำเร็จของการดำเนินอาหารปลอดภัยจังหวัด

## เกณฑ์การประเมิน

| รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน   |
|---|--|---|--|
| <p>1. กำหนดผลิตภัณฑอาหารและสถานที่ผลิตอาหารเป้าหมายตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและปัญหาในพื้นที่ของจังหวัดสตูล ดังนี้</p> <p>1.1 จำนวนและประเภทผลิตภัณฑอาหารที่ส่งตรวจกับหน่วย mobile unit</p> <p>1.2 จำนวนและรายชื่อผลิตภัณฑอาหารชุมชน (ของดีของเด่น)</p> <p>1.3 จำนวนและรายชื่อสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับอนุญาต</p> <p>2. มีแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยจังหวัด</p> | <p>1. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ</p> <p>2. ดำเนินการตามแผนตรวจสถานที่ผลิตอาหาร<b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30</b> และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑอาหาร<b>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</b> ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน<b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50</b> และผลิตภัณฑอาหารผ่านมาตรฐาน<b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</b></p> <p>3. รายงานผลการดำเนินงานในรูปแบบหนังสือราชการพร้อมแนบบันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร</p> | <p>1. ดำเนินการตามแผนตรวจสถานที่ผลิตอาหาร<b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60</b> และเก็บตัวอย่างผลิตอาหาร<b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</b> ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์มาตรฐาน<b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</b> และผลิตภัณฑอาหารผ่านมาตรฐาน<b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</b></p> <p>2. รายงานผลการดำเนินงานในรูปแบบหนังสือราชการพร้อมแนบบันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร</p> | <p>1. ดำเนินการตามแผนตรวจสถานที่ผลิตอาหาร<b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</b> และเก็บตัวอย่างผลิตอาหาร<b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</b> ผลการดำเนินงานสถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน<b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</b> และผลิตภัณฑอาหารผ่านมาตรฐาน<b>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</b></p> <p>2. รายงานผลการดำเนินงานในรูปแบบหนังสือราชการพร้อมแนบบันทึกตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร</p> |

## ตัวชี้วัดที่ 12 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอาหารปลอดภัยจังหวัด

### ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอาหารปลอดภัยจังหวัด

| ที่            | อำเภอ     | ประเภทอาหาร |            |       | รวม |
|----------------|-----------|-------------|------------|-------|-----|
|                |           | น้ำแข็ง     | น้ำบริโภคฯ | อื่นๆ |     |
| 1              | ควนกาหลง  | 2           | 7          | 6     | 15  |
| 2              | ควนโดน    | 0           | 6          | 6     | 12  |
| 3              | ท่าแพ     | 0           | 10         | 4     | 14  |
| 4              | ละงู      | 3           | 16         | 15    | 34  |
| 5              | มะนัง     | 0           | 3          | 2     | 5   |
| 6              | เมืองสตูล | 8           | 20         | 44    | 72  |
| รวมทั้งจังหวัด |           |             |            |       | 152 |

# ตัวชี้วัดที่ 12 ระดับความสำเร็จของการดำเนินอาหารปลอดภัยจังหวัด

## แผนเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหาร ปี 2567

| พื้นที่        | ยาฆ่าแมลง 2 กลุ่ม | ยาฆ่าแมลง 4 กลุ่ม | บอแรกซ์ | ฟอร์มาลิน | สารกันรา | สารฟอกขาว | สารเร่งเนื้อแดง | ไอโอดีน | น้ำดื่ม (Ph/TDS/กระด้าง) | โพแทสเซียม | อะฟลาทอกซิน | โคลิฟอร์มในน้ำดื่ม | โคลิฟอร์มในอาหาร | รวม |
|----------------|-------------------|-------------------|---------|-----------|----------|-----------|-----------------|---------|--------------------------|------------|-------------|--------------------|------------------|-----|
| เทศบาล+รพ.สตูล | 48                | 8                 | 1       | 20        | 16       | 16        | 4               | 6       | 0                        | 5          | 1           | 0                  | 9                | 134 |
| เมืองสตูล      | 48                | 0                 | 1       | 19        | 16       | 16        | 4               | 6       | 7                        | 5          | 1           | 7                  | 5                | 133 |
| ละงู           | 48                | 7                 | 1       | 15        | 16       | 16        | 4               | 6       | 6                        | 5          | 1           | 6                  | 5                | 136 |
| ควนกาหลง       | 48                | 7                 | 1       | 13        | 14       | 14        | 4               | 4       | 7                        | 5          | 1           | 7                  | 5                | 130 |
| ทุ่งหว้า       | 48                | 7                 | 1       | 13        | 14       | 14        | 4               | 4       | 7                        | 5          | 1           | 7                  | 3                | 128 |
| ท่าแพ          | 48                | 7                 | 1       | 13        | 14       | 14        | 3               | 5       | 7                        | 5          | 1           | 7                  | 3                | 128 |
| ควนโดน         | 48                | 7                 | 1       | 13        | 14       | 14        | 3               | 5       | 7                        | 5          | 1           | 7                  | 3                | 128 |
| มะนัง          | 48                | 7                 | 1       | 13        | 14       | 14        | 4               | 3       | 7                        | 5          | 1           | 7                  | 3                | 127 |






# ตัวชี้วัดที่ 13 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางสาวสุพมาลย์ พัฒนศิริ เกษัชกรชำนาญการพิเศษ **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสาวอารีวรรณ ไชยรักษ์ เกษัชชำนาญการ

ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5

โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอหรือจังหวัด โดยมีโรงพยาบาล เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานๆซึ่งประกอบด้วยผลการดำเนินการผ่านตามเกณฑ์ใน 3 ข้อ ดังนี้

-  RDU hospital การพัฒนาโรงพยาบาลให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
-  RDU pcu การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ/รพ.สต.ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
-  RDU community การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) หมายถึง จังหวัด หรือพื้นที่ทางการปกครองใด ๆ ตามกฎหมาย ที่มีอำเภอหรือเขตที่เป็นไปตามเกณฑ์“อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล”(RDU district)

อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน



# ตัวชี้วัดที่ 13 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)



ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุขมาลย์ พัฒนศิริ เกษัชกรชำนาญการพิเศษ    ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอารีวรรณ ไชยรักษ์ เกษัชชำนาญการ

| หัวข้อ  | นิยาม/รายละเอียด   | กิจกรรมที่ต้องดำเนินการ  |
|---|--|--|
| การพัฒนาโรงพยาบาลให้มี<br>การใช้ยาอย่างสมเหตุผล<br>(RDU hospital) | การพัฒนาโรงพยาบาลให้มีการใช้ยาอย่าง<br>สมเหตุผล (RDU hospital)<br>อย่างน้อย 10 ข้อ ใน 12 ข้อ | โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 10 ข้อ จาก 12 ข้อ ดังนี้<br>1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ (RI) $\leq 20\%$<br>2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในภาวะรู้งเฉียบพลัน (AD) $\leq 20\%$<br>3. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสด (FTW) $\leq 50\%$<br>4. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในคลอดแบบปกติ (APL) $\leq 10\%$<br>5. การใช้ยา RAS Blockade ร่วมกัน 2 ชนิดในผู้ป่วยความดันเลือด = 0<br>6. การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป $\leq 10\%$<br>7. การใช้ยา Metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน $\geq 80\%$<br>8. การใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน $\leq 5\%$<br>9. การใช้ยา Inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยหอบหืด $\geq 80\%$<br>10. การใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ในผู้ป่วยสูงอายุ $\leq 5\%$<br>11. การใช้ยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็ก RI $\leq 20\%$<br>12. การใช้ยาห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ = 0 |

# ตัวชี้วัดที่ 13 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางสุขมาลย์ พัฒนศิริ เกษัชกรชำนาญการพิเศษ **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสาวอารีวรรณ ไชยรักษ์ เกษัชชำนาญการ

| หัวข้อ   | นิยาม/รายละเอียด   | กิจกรรมที่ต้องดำเนินการ   |
|--|--|---|
| การพัฒนาหน่วยบริการ<br>สาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้มีการ<br>ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU pcu) | การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐม<br>ภูมิให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU pcu) ใน<br>กลุ่มโรค Urinary tract infections และ Acute<br>diarrhea | รพ.สต. / สถานบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ในกลุ่มโรค Urinary tract<br>infections และ Acute diarrhea |
| การพัฒนาการใช้ยาอย่างสม<br>เหตุผลในชุมชน<br>(RDU community)                          | การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน<br>(RDU community) โดยกำหนดให้ 1 ตำบล<br>มี 1 ร้านชำคุณภาพ  | 1 ตำบล มี ร้านชำคุณภาพอย่างน้อย 1 ร้าน  |

# ตัวชี้วัดที่ 13 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางสาวสุพมาลย์ พัฒนศิริ เกษัชกรชำนาญการพิเศษ **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสาวอารีวรรณ ไชยรักษ์ เกษัชชำนาญการ

## สูตรการคำนวณ

$$\begin{aligned} \text{ร้อยละของ รพ.สต.} &= \frac{\text{จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI และ AD X 100}}{\text{จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด ในอำเภอ}} \\ \text{ร้อยละของตำบล} &= \frac{\text{จำนวนตำบลที่มีร้านชำคุณภาพ X 100}}{\text{จำนวนตำบลทั้งหมดในอำเภอ}} \end{aligned}$$

| เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด |   |         |          |         |            |
|---|---|---------|----------|---------|------------|
|   | 1 | 2       | 3        | 4       | 5          |
| ขั้น  | 1 | 1 และ 2 | 1, 2 และ | 1, 2, 3 | 1, 2, 3, 4 |
| ตอน   |   |         | 3        | และ 4   | และ 5      |

| ขั้นตอน | คำอธิบาย   |
|---------|--|
| 1       | จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน RDU province   |
| 2       | มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ  |
| 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 |

# ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 40)

**ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5**



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางสาวอรุษา สุวรรณมณี เกษัชกรชำนาญการ **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นายนิธิศ สุธากุล เกษัชกรชำนาญการ

## สูตรการคำนวณ

|                |   |
|----------------|---|
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ |
| การคำนวณ       | $(A/B) \times 100$  |

## เกณฑ์การให้คะแนน

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

## เกณฑ์การประเมิน

| รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน  | รอบ 12 เดือน |
|---|--|--|--------------|
| ร้อยละ 35   | ร้อยละ 38  | ร้อยละ 39  | ร้อยละ 40    |
| 1. หน่วยบริการสาธารณสุขมีการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย 10 รายการในการดูแลสุขภาพ<br>2. มีการจัดบริการอย่างน้อย 5 โรค/อาการ เช่น NCD LTC PC การดูแลหลังคลอด ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น (เฉพาะกรณีี่หน่วยบริการปฐมภูมิมีแพทย์แผนไทย) | 1. หน่วยบริการมีนโยบายการใช้ยาสมุนไพรทดแทนอย่างน้อย 1 รายการ | 1. มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ พชอ. 3 หมอ ในการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น ผู้ป่วย NCD IMC LTC PC ปวด นอนไม่หลับ หญิงหลังคลอด ผู้สูงอายุ เป็นต้น (เฉพาะกรณีี่หน่วยบริการปฐมภูมิมีแพทย์แผนไทย) |              |

# ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดทางการแพทย์ (ร้อยละ 5)



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางสาวอรุษา สุวรรณมณี เกสัชกรชำนาญการ

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** 1. นางสาวอรุษา สุวรรณมณี เกสัชกรชำนาญการ  
2. นายนิติศ สุธากุล เกสัชกรชำนาญการ

**ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5**

## สูตรการคำนวณ

|                |   |
|----------------|---|
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดทางการแพทย์ |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care)  |
| การคำนวณ       | $(A/B) \times 100$  |

## เกณฑ์การให้คะแนน

|          |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| ร้อยละ 1 | ร้อยละ 2 | ร้อยละ 3 | ร้อยละ 4 | ร้อยละ 5 |

## เกณฑ์การประเมิน

| รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน   | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน  |
|---|---|---|---|
| มีการค้นหาผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดทางการแพทย์ | ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดทางการแพทย์ ร้อยละ 3 | ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดทางการแพทย์ ร้อยละ 4 | ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดทางการแพทย์ ร้อยละ 5 |

# ตัวชี้วัดที่ 16 ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

- ★ ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL Challenge ระดับดีเยี่ยม
- ★ ร้อยละของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub – District Health Promoting Hospital (GCSh) ระดับดีเยี่ยม เพิ่มขึ้นร้อยละ 10



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นายวราวุธ วรรณวิไล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสาววราภรณ์ เส้นสมมาตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ค่าน้ำหนักคะแนน 1.0



ตัวชี้วัดผู้บริหาร

## เกณฑ์การให้คะแนน

| 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) และมีการศิ่ลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ให้ครบถ้วนทุกสัปดาห์ |
| 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) <ul style="list-style-type: none"><li>- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ในระดับดีเยี่ยม</li><li>- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีเยี่ยม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10</li></ul>              |

# ตัวชี้วัดที่ 16 ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

| รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน  | รอบ 12 เดือน  |
|---|--|--|---|
| <p>1. มีการกำหนดนโยบาย แผนงาน ขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN &amp; CLEAN Hospital (GCHC + GCSH) ในระดับอำเภอ โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง</p> <p>2. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีม คณะทำงานเพื่อดำเนินการตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital (GCHC + GCSH)</p> <p>3. โรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการคีย์ลงข้อมูลในโปรแกรม กำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (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 มีการคีย์ลงข้อมูลในโปรแกรม กำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p> <p>4. รอบ 6 เดือน มีผลการดำเนินงาน อยู่ในชั้นตอนที่ 3 (5 คะแนน)***</p> | <p>1. โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge โดย คกก.ประเมิน สสจ.สตูล</p> <p>2. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ ได้รับการประเมินตาม เกณฑ์ Green &amp; Clean Sub-district Health Promoting Hospital เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 โดย คกก.ประเมิน สสจ.สตูล</p> <p>3. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการคีย์ลงข้อมูลในโปรแกรม กำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (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. โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการคีย์ลงข้อมูลในโปรแกรม กำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ให้ครบถ้วน ทุกสัปดาห์</p> |



# ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 40) และผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก อำเภอละ 1 แห่ง

ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5



**ผู้ประสานงานตัวชี้วัด :** นางสุภัทร กาญจนกำเนิด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ



## เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด

|         | 1 | 2       | 3          | 4             | 5                |
|---------|---|---------|------------|---------------|------------------|
| ขั้นตอน | 1 | 1 และ 2 | 1, 2 และ 3 | 1, 2, 3 และ 4 | 1, 2, 3, 4 และ 5 |

| 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 |

# ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 40) และผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก อำเภอละ 1 แห่ง

ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5



**ผู้ประสานงานตัวชี้วัด :** นางสุภัทร กาญจนกำเนิด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

## สูตรการคำนวณ

|                    |  |
|--------------------|--|
| รายการ<br>ข้อมูล 1 | A = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด         |
| รายการ<br>ข้อมูล 2 | B = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด |
| การ<br>คำนวณ       | $(A/B) \times 100$   |

| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน  | รอบ 12 เดือน   |
|--|--|--|--|
| มีทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหารที่มีการขออนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้ง | สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระดับพื้นฐาน (Clean Food Good Taste) ร้อยละ 30 | สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระดับพื้นฐาน (Clean Food Good Taste) ร้อยละ 35 | สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระดับพื้นฐาน (Clean Food Good Taste) ร้อยละ 40 และผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระดับดีมาก (Clean Food Good Taste Plus) อย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง |

# ตัวชี้วัดที่ 18 ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร : มีผลวิชาการเข้าร่วมงานวิชาการ อย่างน้อย คปสอ ละ 8 เรื่อง CQI = 4 และ R2R/ วิจัย/นวัตกรรม = 4



ตัวชี้วัดผู้บริหาร



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด** : นางปวีณา เหมรา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
**ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นางสาวอนุสรรา เจ๊ะสัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

**ค่าน้ำหนักคะแนน 1.0**

## เกณฑ์การให้คะแนน

| 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  |

## เกณฑ์การประเมิน รอบ 6 เดือน

| 1   | 2   | 3   | 4  | 5  |
|---|---|---|--|--|
| มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการความรู้ที่เป็นปัจจุบัน | มีข้อ 1 และมีการวิเคราะห์ห้องค์ความรู้ (KM Focus Area) / ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ /ปัญหาจากการปฏิบัติงาน) | มีข้อ 1,2 และมีแผนการดำเนินการจัดการความรู้(KM) ในการขับเคลื่อนผลงานวิชาการ ระดับ คปสอ. | มีข้อ 1,2,3 และมีการดำเนินการตามแผนการจัดการความรู้ (KM) ในการขับเคลื่อนผลงานวิชาการ ระดับ คปสอ. | มีข้อ 1,2,3,4 และมีการสรุปผลตามแผนการจัดการความรู้ |

## เกณฑ์การประเมิน รอบ 12 เดือน

| 1                             | 2   | 3   | 4  | 5   |
|-------------------------------|---|---|--|---|
| มีการดำเนินงานในขั้นตอนที่1-5 | มีการดำเนินงานในขั้นตอนที่1-5และมีผลงานวิชาการ คปสอ.ละ อย่างน้อย 2 ผลงานส่งเข้างานวิชาการระดับจังหวัด | มีการดำเนินงานในขั้นตอนที่1-5และมีผลงานวิชาการ คปสอ.ละ อย่างน้อย 4 ผลงานส่งเข้างานวิชาการระดับจังหวัด | มีการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 1-5และมีผลงานวิชาการ คปสอ.ละ อย่างน้อย 6 ผลงานส่งเข้างานวิชาการระดับจังหวัด | มีการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 1-5และมีผลงานวิชาการ คปสอ.ละอย่างน้อย 8 ผลงานส่งเข้างานวิชาการระดับจังหวัด |

# ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ : อย่างน้อย 2 ประเด็นต่ออำเภอ



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางปวีณา เหมรา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสาวถ้วนปวีณี ดาราหมานเศษ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

**ค่าน้ำหนักคะแนน 1.0**

| ระดับคะแนน | ความหมาย  |
|------------|---|
| 1          | มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ   |
| 2          | มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม  |
| 3          | ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม               |
| 4          | มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น                                      |
| 5          | มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร |

## เกณฑ์การประเมิน รอบ 6 เดือน

| ค่าเป้าหมาย  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5   |
| มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน | มีข้อ 1 และมีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อวางแผนการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น | มีข้อ 1 , 2 และมีการบันทึกประเด็นผ่านโปรแกรม CL UCCARE | มีข้อ 1 - 3 และมี (ย่อย) ตามประเด็น วางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็น การขับเคลื่อนมี การบริหารจัดการ บูรณาการ ทรัพยากร | มีข้อ 1 - 4 และมี รายงานการสรุปผลการดำเนินงานตาม ประเด็นสำคัญ |

# ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ : อย่างน้อย 2 ประเด็นต่ออำเภอ



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางปวีณา เหมรา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสาวถ้วนปรีณี ดาราหมานเศษ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

**ค่าน้ำหนักคะแนน 1.0**

## เกณฑ์การประเมิน รอบ 12 เดือน

| ค่าเป้าหมาย   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 1   | 2  | 3  | 4  | 5  |
| มีการดำเนินการตามแผน ประเด็นพื้นที่และการดูแล กลุ่มเปราะบาง | มีข้อ 1 - 6 และ มีการติดตามการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน โดยใช้ กระบวนการเยี่ยม เสริมพลังของทีมระดับ จังหวัดหรือสูงกว่า | มีข้อ 1 - 7 และอำเภอมี ผลลัพธ์ของประเด็นที่ กำหนดของพื้นที่ ผ่าน เกณฑ์ตัวชี้วัด บริบทพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น | มีข้อ 1 - 8 และอำเภอมี ผลลัพธ์ของประเด็นที่ กำหนดของพื้นที่ผ่านเกณฑ์ ตัวชี้วัด ตามบริบทพื้นที่ อย่างน้อย 2 ประเด็น | มีข้อ 1 - 9 และอำเภอผ่าน เกณฑ์การประเมินตนเอง <b>ระดับ 3 ขึ้นไป</b> ทุกข้อ อย่างน้อย 2 ประเด็น ผ่าน ระบบ CL UCCARE |

# ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินงานผ่านเกณฑ์ คุณภาพตามที่กำหนด : ร้อยละ 50 (ของ PCU/NPCU ในแต่ละอำเภอ)



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด** : นางปวีณา เหมรา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

**ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นางอัญชรีย์ สายพัทลุง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

**ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5**

## คำอธิบาย

เกณฑ์คุณภาพที่กำหนด 4 ข้อ หมายถึง เกณฑ์การดำเนินงานคุณภาพ 4 ข้อ ดังนี้

1. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระยะเฉียบพลัน 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

## วิธีการวัด รอบที่ 1 (รอบ 6 เดือน)

ระดับขั้นของความสำเร็จการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU)

| 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               |

# ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินงานผ่านเกณฑ์ คุณภาพตามที่กำหนด : ร้อยละ 50 (ของ PCU/NPCU ในแต่ละอำเภอ)

## วิธีการวัด รอบที่ 2 (รอบ 12 เดือน)

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

### เกณฑ์การให้คะแนน

| คปสอ.     | จำนวนเป้าหมาย PCU/NPCU (ทีม) | จำนวนที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 (ทีม) |
|-----------|------------------------------|-----------------------------------|
| เมืองสตูล | 11                           | 6                                 |
| ควนโดน    | 2                            | 1                                 |
| ควนกาหลง  | 3                            | 2                                 |
| ท่าแพ     | 3                            | 2                                 |
| ละงู      | 8                            | 4                                 |
| ทุ่งหว้า  | 2                            | 1                                 |
| มะนัง     | 2                            | 1                                 |
| รวม       | 31                           | 17                                |

| ระดับคะแนน | คำอธิบาย   |
|------------|--|
| 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 |



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด** : นายธีระยุทธ เกียรติธนนฤชิต

**ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นายประณต มหาวิจิตร

### 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





### เกณฑ์การให้คะแนน

| ระดับคะแนน | คำอธิบาย   |
|------------|--|
| 1          | 1. แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ IT Master Plan  |
| 2          | 2. การจัดการความมั่นคงปลอดภัยพื้นฐาน Basic Security Management<br>- มีการประเมินความเสี่ยงในระบบ IT ดำเนินการจัดการความเสี่ยงจนประเมินได้ว่าความเสี่ยงลดลง<br>3. การจัดการบริการและอุบัติการณ์ IT Service and Incident Management<br>- มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงในระบบ IT ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติอย่างเคร่งครัดมีการจัดการ Data Center จนมั่นคงปลอดภัย  |
| 3          | 4. การจัดการบริการและอุบัติการณ์ IT Service and Incident Management<br>- มีการจัด Service Desk มีการประกาศ Service Level Agreement (SLA) ในเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ใช้ระบบ IT มีระบบเก็บข้อมูล IT Activity and Incident Report and Monitoring<br>5. การพัฒนาคุณภาพข้อมูล Data Quality Improvement<br>- มีการเก็บข้อมูลประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัย การทำหัตถการ การให้ยา การรักษา และ รหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกราย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีระบบตรวจสอบคุณภาพความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล OPD, IPD |

### เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ  
คะแนน

คำอธิบาย

4

6. การวิเคราะห์ออกแบบระบบก่อนการเขียนโปรแกรม System Analysis and Design

- มีกระบวนการและเอกสารการวิเคราะห์ออกแบบระบบที่สำคัญในโปรแกรมที่พัฒนาเองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

7. การจัดการศักยภาพและสมรรถนะ

มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและ Gap Analysis, มีการจัดทำแผนเพิ่มศักยภาพ ด้าน Hardware, Software, Network, Peopleware มีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรสำคัญในฝ่าย IT

5

ระดับ 5 คะแนนประกอบด้วยผลลัพธ์ ดังนี้

- โรงพยาบาลดำเนินการรวบรวมข้อมูลทำรูปเล่ม และได้รับการตรวจเยี่ยมจากคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดต่อไป

## ตัวชี้วัดที่ 22 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ



ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นส.วันทิพย์ อุทยานกูร

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นส.อัญคนาย์ พูลสวัสดิ์

### สูตรการคำนวณ

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

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลเบิกจ่ายและจัดสรรจากงานการเงิน สสจ.สตูล



## ค่าน้ำหนักคะแนน 1.0

เกณฑ์การให้คะแนน

| ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ | เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด |    |    |    |     |
|-------------------------------|---|----|----|----|-----|
|                               | 1   | 2  | 3  | 4  | 5   |
| ข้อมูลรอบ 6 เดือน             | 35  | 40 | 45 | 50 | 55  |
| ข้อมูลรอบ 12 เดือน            | 96  | 97 | 98 | 99 | 100 |

# ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของหน่วยงานผ่านการประเมินความโปร่งใส ITA (ร้อยละ 94)

ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5



ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน : นายยุทธพงษ์ ตันทเสนีย์ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางสาวนันทน์ภัสร์ ขาวดี



## กลุ่มเป้าหมาย

รวมทั้งสิ้น จำนวน 15 หน่วยงาน ประกอบด้วย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล  
จำนวน 1 หน่วยงาน

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ  
จำนวน 7 หน่วยงาน

3. โรงพยาบาลทั่วไป  
จำนวน 1 หน่วยงาน

4. โรงพยาบาลชุมชน  
จำนวน 6 หน่วยงาน

## สูตรการคำนวณ

รายการ  
ข้อมูล 1  
A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 ขึ้นไป (ใน 1 ปี)  
(จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)

รายการ  
ข้อมูล 2  
B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (15 หน่วยงาน)

การคำนวณ  
(A/B) x 100

ระยะเวลา  
ไตรมาสที่ 4

ประเมินผล

## เกณฑ์การประเมิน

| รอบ 3 เดือน                             | รอบ 6 เดือน                               | รอบ 9 เดือน                               | รอบ 12 เดือน                              |
|---|---|---|---|
| ไตรมาสที่ 1<br>(ระดับ 5 /<br>ร้อยละ 80) | ไตรมาสที่ 2<br>(ค่าเป้าหมาย<br>ร้อยละ 84) | ไตรมาสที่ 3<br>(ค่าเป้าหมาย<br>ร้อยละ 89) | ไตรมาสที่ 4<br>(ค่าเป้าหมาย<br>ร้อยละ 94) |

## เกณฑ์การให้คะแนน

|        | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
|--------|----|----|----|----|----|
| ร้อยละ | 74 | 79 | 84 | 89 | 94 |

# ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน



**ผู้รับผิดชอบ:** นางสาวชาริยา มรรคาเขต นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

**ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5**

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่ระดับที่ 1 - 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

## การตรวจสอบ

| ระดับคะแนน | กิจกรรม   |
|------------|---|
| 1          | จัดส่งแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ.2567 ที่ได้รับอนุมัติจากหัวหน้าหน่วยงาน   |
| 2          | ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์ฯ ที่กระทรวงการคลังกำหนด ครบทุกหน่วยงานรอบ 6 เดือนแรก (สิ้นสุดวันที่.31.มีนาคม.2567) ตามแผนการตรวจสอบภายในที่กำหนด  |
| 3          | สรุปผลการตรวจสอบภายในรอบ 6 เดือนเสนอ หัวหน้าหน่วยงาน  |
| 4          | - ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์ฯ ที่กระทรวงการคลังกำหนด ครบทุกหน่วยงานรอบ 6 เดือนหลัง (สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2567) ตามแผนการตรวจสอบภายในที่กำหนด<br>- เอกสารการปรับแผนการตรวจสอบภายใน (ถ้ามี) |
| 5          | สรุปผลการตรวจสอบภายในรอบ 12 เดือนเสนอหัวหน้าหน่วยงาน  |

# ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน



## ประเมินระบบการควบคุมภายใน

| ระดับคะแนน | กิจกรรม   |
|------------|---|
| 1          | กำหนดผู้รับผิดชอบการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน  |
| 2          | จัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ระดับองค์กร) โดย <ul style="list-style-type: none"><li>- หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปค.1)</li><li>- รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค.4)</li><li>- รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค.5)</li><li>- รายงานผลการติดตามรายงานประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค.5)</li><li>- รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปค.6) แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง :หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561</li></ul> |
| 3          | จัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ของหน่วยงานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามระยะเวลาที่กำหนด  |
| 4          | มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติ  |
| 5          | มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายใน  |

# ตัวชี้วัดที่ 25 หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้ผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

 **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด** : นายประพันธ์ ด้วยกาแด **ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นางสาวจันทร์เพ็ญ อิศโร

**ค่าน้ำหนักคะแนน 0.5**

## เกณฑ์การให้คะแนน

| ข้อ | ผลการประเมิน  | ระดับการประเมิน |
|-----|---|-----------------|
| 1   | มีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับ F $\leq$ 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

| เกณฑ์การให้คะแนนเทียบความสำเร็จตามเป้าหมายจังหวัด |       |         |            |          |
|---|-------|---------|------------|----------|
| 1   | 2     | 3       | 4          | 5        |
| ปรับปรุง  | พอใช้ | ปานกลาง | ค่อนข้างดี | ดี-ดีมาก |



# ตัวชี้วัดที่ 26 ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณของเครือข่ายโรงพยาบาล



**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นายประพันธ์ ด้วยกาแด

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นายนพตล ละอองวิจิตร



## เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 6 เดือน

**ส่วนที่ 1** งบประมาณปี 2566 พ.ศ. (สัดส่วนร้อยละ 100)

| 1         | 2         | 3         | 4         | 5         |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 75 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 95 |

## เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 9 เดือน

**ส่วนที่ 1** งบประมาณปี พ.ศ. 2566 (สัดส่วนร้อยละ 50)

| 1         | 2         | 3         | 4         | 5         |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 75 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 95 |

## เกณฑ์การให้คะแนน รอบ 12 เดือน

**ส่วนที่ 1** งบประมาณปี พ.ศ. 2566 (สัดส่วนร้อยละ 50)

| 1         | 2         | 3         | 4         | 5         |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 75 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 95 |

## ค่าน้ำหนักคะแนน 1.0

### สูตรการคำนวณ

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

**ส่วนที่ 2** งบประมาณปี พ.ศ. 2567 (สัดส่วนร้อยละ 50)

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

**ส่วนที่ 2** งบประมาณปี พ.ศ. 2567 (สัดส่วนร้อยละ 50)

| 1         | 2         | 3         | 4         | 5         |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 |





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล  
Satun Provincial Health Office

