



ที่ สข ๐๐๓๒.๐๐๒/ว *สข*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
๑๖๑/๑ ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๕

ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง เลือกตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินผลสัมฤทธิ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) บัญชีตัวชี้วัดจังหวัด โชน องค์กร บุคคล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด
๒) บัญชีตัวชี้วัดอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด
๓) แบบฟอร์มเลือกตัวชี้วัดอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินผลสัมฤทธิ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ซึ่งมีทั้งหมด ๕ กลุ่ม ได้แก่ ๑) ตัวชี้วัด Agenda ๑๑ ประเด็น (๑๕ ตัวชี้วัด) ๒) ตัวชี้วัด Area ประกอบด้วย ตัวชี้วัดโชน และ ตัวชี้วัดอำเภอ จำนวน ๒ ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดอำเภอให้เลือกจากรายละเอียดตัวชี้วัดจำนวน ๒ ตัวชี้วัด) ๓) ตัวชี้วัดองค์กร ได้แก่ ร้อยละความครอบคลุมประชากรของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ๔) ตัวชี้วัดรายบุคคลงานในความรับผิดชอบ (ตัวชี้วัดของผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ร้อยละการรับผู้ป่วย Intermediate care จาก รพศ./รพท. และ ตัวชี้วัดสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ ๕) ตัวชี้วัดรายบุคคลที่ผู้บริหารมอบหมาย นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ส่งบัญชีตัวชี้วัดจังหวัด โชน องค์กร บุคคล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ขอให้ท่านเลือกตัวชี้วัดอำเภอ จำนวน ๒ ตัวชี้วัด โดยเลือกจากบัญชีตัวชี้วัดอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) และขอให้ส่งแบบฟอร์มเลือกตัวชี้วัดอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) ไปยัง E-mail : plan.ssjsk@gmail.com ภายในวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายอนรรักษ์ สารภาพ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

โทร. ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๔๙

โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๑๓๘๖

ตัวชี้วัดจังหวัด โชน องค์กร บุคคล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ระดับ	ชื่อตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
PA จังหวัด	๑)มารดาตายไม่เกิน ๓๔ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
PA จังหวัด	๒)เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
PA จังหวัด	๓)ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๖๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๔)ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
PA จังหวัด	๕)อัตราความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (อนามัยแม่และเด็ก, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง,การออกกำลังกาย)	ฝ่ายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์
PA จังหวัด	๖)หมู่บ้าน/ชุมชนสามารถควบคุมไข้เลือดออกได้ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ (ข้อมูลช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมาจนถึงเดือนที่ประเมิน)	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
	๗)อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๘- ๒๕๖๒) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
PA จังหวัด	๘)อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๑.๙๕	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
	๙)อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง น้อยกว่าหรือเท่ากับ baseline ปี ๒๕๖๒	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
PA จังหวัด	๑๐)ร้อยละ ๒๐ ของผู้เสพที่ต้องการเลิกบุหรี่เข้าสู่ระบบบำบัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
	๑๑)ร้อยละ ๑๐ ของผู้เสพที่เข้าสู่ระบบบำบัดเลิกบุหรี่ได้ สำเร็จอย่างต่อเนื่องใน ๖ เดือน	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
PA จังหวัด	๑๒) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานปลอดโพนม ลดพลาสติกของ คปสอ. ไม่น้อยกว่าระดับ ๔	ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคฯ
PA จังหวัด	๑๓)อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ \geq ร้อยละ ๘๕	ฝ่ายควบคุมโรคเอดส์ฯ
PA จังหวัด	๑๔)หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพ ๕ ด้าน (ค่าเฉลี่ย ๑๒ เดือน ในสังกัด สป. ร้อยละ ๙๕ , รพศ./รพท. ร้อยละ ๘๕) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ

ตัวชี้วัดจังหวัด โชน องค์กร บุคคล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ระดับ	ชื่อตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
PA จังหวัด	๑๕)ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานการเข้าถึงบริการ กัญชาทางการแพทย์	ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภค/ ฝ่ายสถานพยาบาลฯ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ
PA องค์กร	ร้อยละความครอบคลุมประชากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
PA โชนชบาแดง	(๑)ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓ m ^๒ /yr (ร้อยละ ๖๖)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
PA โชนเฟื่องฟ้า	การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังระยะวิกฤตได้รับบริการ SNAP (๒) ร้อยละของผู้ป่วยหลังระยะวิกฤตที่ได้รับบริการ SNAP มี Barthel Index เพิ่มขึ้น ๒ คะแนนขึ้นไปหรือคะแนนอยู่ใน ในช่วง ๑๖-๒๐ คะแนน	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
	(๓) ผู้ป่วยหลังระยะวิกฤตใน ๕ กลุ่มโรค ได้รับบริการ SNAP หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้รับการดูแลที่บ้านตาม แผนการเยี่ยม	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
PA โชนลีลาวดี	(๔)ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานปลอดโฝม ลด พลาสติกของ คปสอ. ในโชนลีลาวดี ไม่น้อยกว่าระดับ ๔	ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคฯ
PA โชนกระดังงา	(๕)อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานน้อย กว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๑.๙๕	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
	(๖)อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความ ดันโลหิตสูง น้อยกว่าหรือเท่ากับ baseline ปี ๒๕๖๒	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
	(๗)เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
PA บุคคล (สสอ.)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
PA บุคคล (ผอ.รพ.)	ร้อยละการรับผู้ป่วย Intermediate care จากโรงพยาบาล ศูนย์/ทั่วไป	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

บัญชีตัวชี้วัดอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
(ให้ รพ. และ สสอ. เลือกจากบัญชีตัวชี้วัดมา ๒ ตัวชี้วัด)

ลำดับที่	ระดับ	ชื่อตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
๑	PA อำเภอ	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	ฝ่ายสถานพยาบาลฯ
๒	PA อำเภอ	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะใน URI และ AD ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค	ฝ่ายสถานพยาบาลฯ
๔	PA อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ
๕	PA อำเภอ	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานปลอดโพลีแลคทาสติกของ คปสอ. ไม่น้อยกว่าระดับ ๔	ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคฯ
๖	PA อำเภอ	อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๗	PA อำเภอ	- ร้อยละของสถานบริการ (รพ./PCU) ที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเท่ากับศูนย์ - ร้อยละของโรงเรียนที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเท่ากับศูนย์	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๘	PA อำเภอ	- ร้อยละของสถานบริการ (สสอ./รพ.สต.) ที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเท่ากับศูนย์ - ร้อยละของโรงเรียนที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเท่ากับศูนย์	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๙	PA อำเภอ	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดตามเกณฑ์ในเด็กได้รับวัคซีนครบอายุ ๑ ปี (Fully Immunized)	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๑๐	PA อำเภอ	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๑๑	PA อำเภอ	ร้อยละความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านคุณภาพโดย นสค.	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๑๒	PA อำเภอ	ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการปรับเปลี่ยนด้วย ๓ อ ๒ ส มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น	ฝ่ายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์
๑๓	PA อำเภอ	หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
๑๔	PA อำเภอ	กลุ่มเสี่ยงที่มีค่า CVD Risk score มากกว่า ๓๐ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
๑๕	PA อำเภอ	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานที่มีระบบ ECS คุณภาพ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

บัญชีตัวชี้วัดอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
(ให้ รพ. และ สสอ. เลือกจากบัญชีตัวชี้วัดมา ๒ ตัวชี้วัด)

ลำดับที่	ระดับ	ชื่อตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
๑๖	PA อำเภอ	ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับ คป สอ. อย่างน้อยละ ๑ เรื่อง	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ
๑๗	PA อำเภอ	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุข มีระบบรับแจ้งข่าวการใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ
๑๘	PA อำเภอ	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐) ภาพรวม อำเภอ	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ
๑๙	PA อำเภอ	โรงพยาบาลพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ
๒๐	PA อำเภอ	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ใน รพ.สต.	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ

ตัวชี้วัดอำเภอ – ฝ่ายสถานพยาบาลและบริหารเวชภัณฑ์

ตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)								
คำนิยาม	<p>๑) RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital และ RDU PCU</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย - RDU PCU หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกชื่ออื่น) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน ๒ โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย <p>ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี ๓ ระดับดังนี้</p> <p>● RDU ชั้นที่ ๑ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">RDU Hospital</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">RDU PCU</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๔. รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๕. จัดทำฉลากยามาตรฐานผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๖. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยาผ่านระดับ ๓ </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค </td> </tr> </tbody> </table> <p>● RDU ชั้นที่ ๒ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">RDU Hospital</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">RDU PCU</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดจำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอดไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ </td> </tr> </tbody> </table>	RDU Hospital	RDU PCU	<ul style="list-style-type: none"> ๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๔. รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๕. จัดทำฉลากยามาตรฐานผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๖. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยาผ่านระดับ ๓ 	<ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค 	RDU Hospital	RDU PCU	<ul style="list-style-type: none"> ๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดจำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอดไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์
RDU Hospital	RDU PCU								
<ul style="list-style-type: none"> ๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๔. รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๕. จัดทำฉลากยามาตรฐานผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๖. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยาผ่านระดับ ๓ 	<ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค 								
RDU Hospital	RDU PCU								
<ul style="list-style-type: none"> ๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดจำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอดไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ 								

<p>ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด (RI รพศ./รพท. ≤ ๓๐ % และ รพช. ≤ ๒๐ %, AD ≤ ๒๐ %, FTW ≤ ๕๐ %, APL ≤ ๑๕ %)ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง ๔ ตัวชี้วัด</p> <p>๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปไม่เกินร้อยละ ๑๐</p> <p>๔. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ ๕</p> <p>๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรี ตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</p>	<p>เป้าหมายทั้ง ๒ โรค (เกณฑ์ RI ≤ ๒๐ %, AD ≤ ๒๐ %)</p>
---	--

● RDU ชั้นที่ ๓ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital	RDU PCU
๑. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง ๑๘ ตัวชี้วัด	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

๒) AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการ ๕ กิจกรรมสำคัญ และการแปลผลจะแบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน
ระดับ ๑	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	< ๑๕๐ คะแนน
ระดับ ๒	มีการดำเนินการพื้นฐาน(basic)	≥ ๑๕๐ – ๒๕๐ คะแนน
ระดับ ๓	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	≥ ๒๕๐ – ๓๕๐ คะแนน
ระดับ ๔	มีการดำเนินการขั้นสูง(Advance)	≥ ๓๕๐ คะแนน

รายละเอียดการประเมิน ๕ กิจกรรมสำคัญ

กิจกรรม AMR

๑ กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (๑๐๐ คะแนน)

(๑) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (๒) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ(๓) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (๔)แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR(๕) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (๖) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา (๗) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

๒ การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (๑๐๐ คะแนน)

(๑) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (๒) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (๓) ระบบ Lab Alert (๔) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ระดับประเทศ(๕) การจัดทำ Antibiogramตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง (๖.)การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (๗) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (๘) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R๒R (๙) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ(NARST)(๑๐) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ สคร.

๓ การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (๑๐๐ คะแนน)

(๑)การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย (๒) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL (๓)การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ (๔) การกำหนดแนวทางการรักษาข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง (๕)การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสวงวนสำหรับเชื้อดื้อยา (๖) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม(๗) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (๘) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้อย่างเหมาะสม (๙) มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ

๔ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล(๑๐๐ คะแนน)

(๑) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ (๒) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ(๓) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR (๔) IPC guideline (๕) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (๖) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) (๗) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ(๘) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (๙) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) (๑๐) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection (๑๑) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC

	<p>๕ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ (๑๐๐ คะแนน)</p> <p>(๑) การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล (๒) การวิเคราะห์และการจัดการระบบของโรงพยาบาลในการดำเนินงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา</p> <p>๓) อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิดในกระแสเลือด รายละเอียดการดื้อยาดังนี้</p> <p>๑.Acinetobacter baumannii ดื้อดื้อยา carbapenam หรือ colistin</p> <p>๒.Pseudomonas aeruginosa ดื้อดื้อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin+Tazobactam) หรือ Carbapenam หรือ Colistin</p> <p>๓.Klebsiella pneumoniae ที่ดื้อดื้อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenam หรือ Colistin</p> <p>๔.Staphylococcus aureus ที่ดื้อดื้อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA)</p> <p>๕.Escherichia coli ดื้อดื้อยา Colistin หรือ Carbapenam (CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended –Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</p> <p>๖.Salmonella spp. ดื้อดื้อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</p> <p>๗. Enterococcus faecium ดื้อดื้อยา Vancomycin (VRE)</p> <p>๘. Streptococcus pneumoniae ดื้อดื้อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended- Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>RDU : รพศ/รพท/รพช ทุกแห่งผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๒</p> <p>AMR : รพศ/รพท ทุกแห่งมีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับปานกลาง (intermediate) ร้อยละ ๒๐</p> <p>อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงจากปีปฏิทิน ๒๕๖๑ \geq ๗.๕%</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>RDU : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ</p> <p>AMR : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานเฉพาะกิจ
แหล่งข้อมูล	รายงานเฉพาะกิจ
รายการข้อมูล ๑	-
รายการข้อมูล ๒	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-

หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	ฝ่ายสถานพยาบาลและบริหารเวชภัณฑ์
หน่วยงาน รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	ฝ่ายสถานพยาบาลและบริหารเวชภัณฑ์
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ	นางปณิชา ปิยะกะพันธ์

เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - ฝ่ายสถานพยาบาลและบริหารเวชภัณฑ์

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	Baseline ปี ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปี ๖๓	เกณฑ์การให้คะแนน				
				๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ อย่างบูรณาการ (AMR)								
โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ RDU ชั้น ที่ ๒ หรือชั้นที่ ๓	ทุกแห่ง	ชั้นที่ ๒ จำนวน ๕ แห่ง	รอบ ๖ เดือน ชั้นที่ ๒ จำนวน ๘ แห่ง	๑) ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๑ ในส่วน RDU Hospital และ ๒) ผ่านเกณฑ์ RDU PCU < ร้อยละ ๖๐	๑) ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๑ ในส่วน RDU Hospital และ ๒) ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ≥ ร้อยละ ๖๐	๑) ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๑ ในส่วน RDU Hospital และ ๒) ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ≥ ร้อยละ ๘๐	๑) ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๒ ในส่วน RDU Hospital และ ๒) ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ≥ ร้อยละ ๘๐	๑) ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๒ ในส่วน RDU Hospital และ ๒) ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ร้อยละ ๑๐๐
			รอบ ๑๒ เดือน ชั้นที่ ๒ จำนวน ๘ แห่ง	๑) ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๑ ในส่วน RDU Hospital และ ๒) ผ่านเกณฑ์ RDU PCU < ร้อยละ ๘๐	๑) ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๑ ในส่วน RDU Hospital และ ๒) ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ≥ ร้อยละ ๘๐	๑) ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๒ ในส่วน RDU Hospital และ ๒) ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ≥ ร้อยละ ๘๐	๑) ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๒ ในส่วน RDU Hospital และ ๒) ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ร้อยละ ๑๐๐	๑) ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๓ ในส่วน RDU Hospital และ ๒) ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ร้อยละ ๑๐๐
รพศ./รพท. มี ระบบการ จัดการ AMR อย่างบูรณาการ	ทุกแห่ง	๒	รอบ ๑๒ เดือน ๒	มีคะแนนการ จัดการ AMR < ๑๐๐ คะแนน	มีการจัดการ AMR ระดับ ๑ (Inadequate)	มีการจัดการ AMR ระดับ ๒ (Basic)	มีการจัดการ AMR ระดับ ๓ (Intermediate)	มีการจัดการ AMR ระดับ ๔ (Advance)
รพศ./รพท. มี อัตราการติดเชื้อ ดื้อยาในกระแส เลือดลดลงจาก ปีปฏิทิน ๒๕๖๑	ทุกแห่ง	-	รอบ ๑๒ เดือน รพศ. ๓๑.๔๘ รพท. ๒๖.๙๘	มีอัตราการติดเชื้อ ดื้อยาใน กระแสเลือด ลดลงจากปี ปฏิทิน ๒๕๖๑ < ๒%	มีอัตราการติดเชื้อ ดื้อยาใน กระแสเลือด ลดลงจากปี ปฏิทิน ๒๕๖๑ ≥ ๒-๒.๙๙%	มีอัตราการติดเชื้อ ดื้อยาใน กระแสเลือด ลดลงจากปี ปฏิทิน ๒๕๖๑ ≥ ๓-๔.๙๙%	มีอัตราการติดเชื้อ ดื้อยาใน กระแสเลือด ลดลงจากปี ปฏิทิน ๒๕๖๑ ≥ ๕-๗.๔๙ %	มีอัตราการติดเชื้อ ดื้อยาใน กระแสเลือด ลดลงจากปี ปฏิทิน ๒๕๖๑ ≥ ๗.๕%

ตัวชี้วัดอำเภอ – ฝ่ายสถานพยาบาลและบริหารเวชภัณฑ์

ตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะใน URI และ AD ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค								
คำนิยาม	<p>๑) RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital และ RDU PCU</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย - RDU PCU หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกชื่ออื่น) มีการส่งเสริมการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน ๒ โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย <p>ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล มี ๓ ระดับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● RDU ชั้นที่ ๑ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">RDU Hospital</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">RDU PCU</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๔. รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๕. จัดทำฉลากยามาตรฐานผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๖. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยาผ่านระดับ ๓ </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค </td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ● RDU ชั้นที่ ๒ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">RDU Hospital</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">RDU PCU</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดจำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอดไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ </td> </tr> </tbody> </table>	RDU Hospital	RDU PCU	<ul style="list-style-type: none"> ๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๔. รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๕. จัดทำฉลากยามาตรฐานผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๖. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยาผ่านระดับ ๓ 	<ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค 	RDU Hospital	RDU PCU	<ul style="list-style-type: none"> ๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดจำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอดไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์
RDU Hospital	RDU PCU								
<ul style="list-style-type: none"> ๑. อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๔. รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๕. จัดทำฉลากยามาตรฐานผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๖. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยาผ่านระดับ ๓ 	<ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค 								
RDU Hospital	RDU PCU								
<ul style="list-style-type: none"> ๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดจำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอดไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ 								

<p>ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด (RI รพศ./รพท. ≤ ๓๐ % และ รพช. ≤ ๒๐ %, AD ≤ ๒๐ %, FTW ≤ ๕๐ %, APL ≤ ๑๕ %)ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง ๔ ตัวชี้วัด</p> <p>๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปไม่เกินร้อยละ ๑๐</p> <p>๔. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ ๕</p> <p>๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรี ตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</p>	<p>เป้าหมายทั้ง ๒ โรค (เกณฑ์ RI ≤ ๒๐ %, AD ≤ ๒๐ %)</p>
---	--

● RDU ชั้นที่ ๓ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital	RDU PCU
๑. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง ๑๘ ตัวชี้วัด	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

๒) AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการ ๕ กิจกรรมสำคัญ และการแปลผลจะแบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน
ระดับ ๑	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	< ๑๕๐ คะแนน
ระดับ ๒	มีการดำเนินการพื้นฐาน(basic)	≥ ๑๕๐ – ๒๕๐ คะแนน
ระดับ ๓	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	≥ ๒๕๐ – ๓๕๐ คะแนน
ระดับ ๔	มีการดำเนินการขั้นสูง(Advance)	≥ ๓๕๐ คะแนน

รายละเอียดการประเมิน ๕ กิจกรรมสำคัญ

กิจกรรม AMR

๑ กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (๑๐๐ คะแนน)

(๑) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (๒) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ(๓) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (๔)แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR(๕) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (๖) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา (๗) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

๒ การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (๑๐๐ คะแนน)

(๑) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (๒) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (๓) ระบบ Lab Alert (๔) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ระดับประเทศ(๕) การจัดทำ Antibiogramตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง (๖.)การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (๗) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (๘) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น COI, R๒R (๙) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ(NARST)(๑๐) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ สคร.

๓ การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (๑๐๐ คะแนน)

(๑)การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย (๒) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL (๓)การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพ (๔) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง (๕)การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา (๖) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม(๗) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (๘) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกจ่ายยาอย่างเหมาะสม (๙) มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ

๔ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล(๑๐๐ คะแนน)

(๑) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ (๒) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ(๓) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR (๔) IPC guideline (๕) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (๖) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) (๗) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ(๘) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (๙) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) (๑๐) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection (๑๑) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC

	<p>๕ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ (๑๐๐ คะแนน)</p> <p>(๑) การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล (๒) การวิเคราะห์และการจัดการระบบของโรงพยาบาลในการดำเนินงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา</p> <p>๓) อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิดในกระแสเลือด รายละเอียดการดื้อยาดังนี้</p> <p>๑.Acinetobacter baumannii ดื้อต่อยา carbapenam หรือ colistin</p> <p>๒.Pseudomonas aeruginosa ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin+Tazobactam) หรือ Carbapenam หรือ Colistin</p> <p>๓.Klebsiella pneumoniae ที่ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenam หรือ Colistin</p> <p>๔.Staphylococcus aureus ที่ดื้อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA)</p> <p>๕.Escherichia coli ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenam (CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended –Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</p> <p>๖.Salmonella spp. ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</p> <p>๗. Enterococcus faecium ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE)</p> <p>๘. Streptococcus pneumoniae ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended- Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>RDU : รพศ/รพท/รพช ทุกแห่งผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๒</p> <p>AMR : รพศ/รพท ทุกแห่งมีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับปานกลาง (intermediate) ร้อยละ ๒๐</p> <p>อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงจากปีปฏิทิน ๒๕๖๑ \geq ๗.๕%</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>RDU : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ</p> <p>AMR : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานเฉพาะกิจ
แหล่งข้อมูล	รายงานเฉพาะกิจ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะใน URI และ AD ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมดของอำเภอ

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	ฝ่ายสถานพยาบาลและบริหารเวชภัณฑ์
หน่วยงานรับผิดชอบ ตัวชี้วัด	ฝ่ายสถานพยาบาลและบริหารเวชภัณฑ์
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ	นางปณิชา ปียกะพันธ์

เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - ฝ่ายสถานพยาบาลและบริหารเวชภัณฑ์

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	Baseline ปี ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปี ๖๓	เกณฑ์การให้คะแนน				
				๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล มีอัตราการเข้ายา ปฏิชีวนะใน URI และ AD ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง ๒ โรค	ทุกแห่ง	๑๕๗ (๘๙.๗๑%)	รอบ ๖ เดือน ๑๗๕ (๑๐๐%)	ต่ำกว่า ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐
			รอบ ๑๒ เดือน ๑๗๕ (๑๐๐%)	ต่ำกว่า ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>๑. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น</p> <p>๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - กานวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>๔. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๙.๕ (รพศ./รพท. อย่างน้อยร้อยละ ๑๒ , รพช. อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ , รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ ๒๕)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม (Person/Provider/ Service/Diagnosis_opd/Drug_opd/ Procedure_opd/Labor)



รายการข้อมูล ๑ (A)	A = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A-Y) หรือแพทย์แผนไทย (รหัสขึ้นต้นด้วย U ยกเว้น U๗๗ หรือ U๗๗X)
รายการข้อมูล ๒ (B)	B = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐-U๗๖ และ U๗๘-U๗๙ การจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ การให้หัตถการ (๙๐๐-๗๗-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๘-๘๘) หัตถการส่งเสริมสุขภาพ (๙๐๐-๗๙-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๙-๙๙) อย่างไม่อย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมรหัส z
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(B/A) \times ๑๐๐$
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ , โรงพยาบาลทั่วไป , โรงพยาบาลชุมชน ,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
หน่วยงาน รับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ	ภญ.เปรมรัตน์ อนุรักษ์รัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๖๓๔๕๑๙ ภญ.สรัญทิพย์ สุขสมานวงศ์ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ ๐๘๔-๕๑๔๕๖๔๔ นางขวัญหทัย กลิ่นนาวิ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ ๐๘๖-๙๒๓๙๕๕๑




เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ – กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของ ผู้ป่วยนอก ทั้งหมดที่ได้รับ บริการตรวจ วินิจฉัยรักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การ แพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก	๑๙.๕	๒๒.๐๘	รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๑๙.๕	น้อยกว่า ๑๓.๕	๑๓.๕- ๑๕.๔๙	๑๕.๕- ๑๗.๔๙	๑๗.๕- ๑๙.๔๙	๑๙.๕ ขึ้นไป
			รอบ ๑๒ เดือน ร้อยละ ๑๙.๕	น้อยกว่า ๑๓.๕	๑๓.๕- ๑๕.๔๙	๑๕.๕- ๑๗.๔๙	๑๗.๕- ๑๙.๔๙	๑๙.๕ ขึ้นไป



ตัวชี้วัดอำเภอ- ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานปลอดโฟม ลดพลาสติก ของ คปสอ.
คำนิยาม	<p>ปลอดโฟม ลดพลาสติกปี ๒๕๖๓ หมายถึง ไม่ใช้กล่องโฟม(Polystyrene) กล่องพลาสติกบรรจุอาหารหมายเลข ๖ และกล่องพลาสติกบรรจุอาหาร ที่ไม่ระบุหมายเลข รวมถึงมีมาตรการ/กิจกรรมลดพลาสติกประเภท single use ชนิดอื่น ๆ เช่น ซ้อน/ส้อม/หลอดดูด/แก้วใส่เครื่องดื่ม/ถุงหิ้ว เป็นต้น)</p> <p>หลักเกณฑ์ ข้อกำหนด องค์กร/ชุมชน/ร้านอาหาร/แผงลอย “ปลอดโฟม ลดพลาสติก”</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) มีการสมัครเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก” ๒) มีการกำหนดนโยบาย รวมทั้งมีมาตรการ/ข้อกำหนด “ปลอดโฟม ลดพลาสติก” ๓) มีการประชาสัมพันธ์ในการเลิกใช้โฟมและพลาสติกบรรจุอาหาร ๔) มีการดำเนินการ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก” ๕) เลิกใช้กล่องโฟม(Polystyrene)/กล่องพลาสติกหมายเลข  และกล่องพลาสติกที่ไม่ระบุหมายเลข บรรจุภัณฑ์ อย่างน้อย ๔ เดือน <p>ผลการประเมิน การผ่านเกณฑ์ต้องดำเนินการตามเกณฑ์ข้อกำหนดครบทั้ง ๕ ข้อและมีเอกสาร/หลักฐานประกอบตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ระดับ คปสอ.</p> <p>ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ปลอดโฟม ลดพลาสติก ของ คปสอ. ไม่น้อยกว่าระดับ ๔ (คิดจากค่าเฉลี่ยของ ๓ ตัวชี้วัดย่อย) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ปลอดโฟม ลดพลาสติก ของ สสอ. ➢ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ปลอดโฟม ลดพลาสติก ของโรงพยาบาล ➢ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ปลอดโฟม ลดพลาสติก ของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ร้านอาหาร/แผงลอย/องค์กร/ชุมชน (โดยเฉพาะแหล่งท่องเที่ยว) และหน่วยงานภายในกำกับสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา ปลอดโฟม ลดพลาสติก
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวบรวมผลประเมิน “ปลอดโฟม ลดพลาสติก” ทั้งของหน่วยงานตนเองและกลุ่มเป้าหมาย พร้อมเอกสาร/ภาพกิจกรรมประกอบการประเมินที่เกี่ยวข้อง ส่ง สสจ.สงขลา ๒. สสจ.สงขลา พิจารณาตามเอกสารประกอบการประเมินฯ และสรุปผลการประเมินแจ้งกลับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล ๓. สสจ.สงขลา สรุปผลระดับความสำเร็จระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ปลอดโฟม ลดพลาสติก ของ คปสอ. ผ่านช่องทางระบบสารสนเทศด้านข้อมูลสุขภาพจังหวัดสงขลา (Songkhla SIS) รอบ ๖ เดือน และ ๑๒ เดือน
หน่วยที่จัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	แบบประเมิน “ปลอดโฟม ลดพลาสติก”



<p>รายการข้อมูล ๑</p>	<p>ตัวชี้วัดย่อยตัวที่ ๑ ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ปลดโฟม ลดพลาสติก ของ สสอ. <u>รายการข้อมูล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เอกสาร/สำเนานโยบายหรือประกาศ “ปลดโฟม ลดพลาสติก”ของ สสอ.และ รพสต.ทุกแห่ง ๒. แบบประเมินพร้อมเอกสารหลักฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนด “ปลดโฟม ลด พลาสติก”ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแต่ละแห่ง ๓. ใบสมัครของกลุ่มเป้าหมายร้าน/แผงลอยจำหน่ายอาหาร ๔. จำนวนร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์ “ปลดโฟม ลดพลาสติก”และจำนวน ร้านอาหารทั้งหมด ๕. จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์ “ปลดโฟม ลดพลาสติก”และ จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหารทั้งหมด
<p>รายการข้อมูล ๒</p>	<p>ตัวชี้วัดย่อยตัวที่ ๒ ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ปลดโฟม ลดพลาสติก ของ โรงพยาบาล <u>รายการข้อมูล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เอกสารแสดงผลประเมิน “ปลดโฟม ลดพลาสติก”พร้อมเอกสาร/หลักฐาน ประกอบตามเกณฑ์ข้อกำหนด ของโรงพยาบาล รวมถึงหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ภายในโรงพยาบาล ๒. เอกสารแสดงผลประเมิน “ปลดโฟม ลดพลาสติก”พร้อมเอกสาร/หลักฐาน ประกอบตามเกณฑ์ข้อกำหนด ขององค์กรภายนอก หรือ ชุมชน ในเขตพื้นที่ที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาล
<p>รายการข้อมูล ๓</p>	<p>ตัวชี้วัดย่อยตัวที่ ๓ ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ปลดโฟม ลดพลาสติก ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล <u>รายการข้อมูล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จำนวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มี องค์กรหรือชุมชน ผ่านเกณฑ์ “ปลด โฟม ลดพลาสติก” เพิ่มขึ้น อย่างน้อย ๑ แห่ง ๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ ๑</p>	$\frac{(\text{จำนวน สสอ.} + \text{รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ "ปลดโฟม ลดพลาสติก"}) \times 100}{\text{จำนวน สสอ.} + \text{รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ทั้งหมด}}$ $\frac{\text{จำนวน ร้านอาหาร ที่ผ่านเกณฑ์ "ปลดโฟม ลดพลาสติก"} \times 100}{\text{จำนวน ร้านอาหาร ทั้งหมด}}$ $\frac{\text{จำนวน แผงลอยจำหน่ายอาหาร ที่ผ่านเกณฑ์ "ปลดโฟม ลดพลาสติก"} \times 100}{\text{จำนวน แผงลอยจำหน่ายอาหาร ทั้งหมด}}$



<p>คำเป้าหมายตัวชี้วัดที่ ๑ (ก)</p>	<p>ระดับ ๑</p> <p>มีประกาศนโยบาย “ปลอดโฟม ลดพลาสติก” ของ สสอ. และ รพ.สต.</p>	<p>ระดับ ๒</p> <p>มีใบสมัครที่เป็นลายลักษณ์อักษรของกลุ่มเป้าหมายร้าน/แผงลอย โดยมีลายมือชื่อผู้ร่วมดำเนินงาน ๓ ส่วนได้แก่ ผู้ประกอบการ / องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ จนท.สต.</p>	<p>ระดับ ๓</p> <p>สสอ. และ รพ.สต. ร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก”</p>	<p>ระดับ ๔</p> <p>ร้อยละ ๒๐ ของร้านอาหารและร้อยละ ๑๕ ของแผงลอยผ่านเกณฑ์ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก”</p>	<p>ระดับ ๕</p> <p>ร้อยละ ๒๕ ของร้านอาหาร และ ร้อยละ ๒๐ ของแผงลอยผ่านเกณฑ์ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก”</p>
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ ๒</p>	<p>จำนวนสถานที่ปรุง ประกอบและจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล เช่น สหกรณ์ ร้านอาหาร ศูนย์อาหารฯ ผ่านเกณฑ์ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก” x ๑๐๐</p> <hr/> <p>จำนวนสถานที่ปรุง ประกอบและจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล เช่น สหกรณ์ ร้านอาหาร ศูนย์อาหารฯ ทั้งหมดในโรงพยาบาล</p>				
<p>คำเป้าหมายตัวชี้วัดที่ ๒ (ข)</p>	<p>ระดับ ๑</p> <p>โรงพยาบาลมีนโยบายหรือประกาศ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก”</p>	<p>ระดับ ๒</p> <p>โรงพยาบาลมีการประชุมชี้แจง และมีการทำข้อตกลง/MOU/บันทึก ฯลฯ ระหว่าง ผอ.รพ. กับหัวหน้าฝ่ายหรือ หัวหน้าหน่วยงาน/รวมทั้งองค์กรต่างๆในโรงพยาบาล</p>	<p>ระดับ ๓</p> <p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก”) และมีช่องทาง/รูปแบบการสื่อสารที่ชัดเจนให้ผู้ใช้บริการภายนอก รับทราบ</p>	<p>ระดับ ๔</p> <p>ร้อยละ ๑๐๐ ของสถานที่ปรุง ประกอบ และ จำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล เช่น สหกรณ์ ร้านอาหาร ศูนย์อาหารฯ ผ่านเกณฑ์ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก”</p>	<p>ระดับ ๕</p> <p>เสริมสร้างองค์กร/ชุมชนภายนอก ผ่านเกณฑ์ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก” เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ แห่ง</p>
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ ๓</p>	<p>จำนวน รพ.สต. ที่มี องค์กรหรือชุมชน ผ่านเกณฑ์ปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เพิ่มขึ้น อย่างน้อย ๑ แห่ง x ๑๐๐</p> <hr/> <p>จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดของแต่ละอำเภอ</p>				



ค่าเป้าหมายตัวชี้วัดที่ ๓ (ค)	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
	มีแผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรม “ปลอดโฟม ลดพลาสติก”	มีรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย ที่เข้าร่วม รณรงค์ปี ๒๕๖๓	รพ.สต. ผ่าน เกณฑ์ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก”	ร้อยละ ๘๐ ของ รพ.สต. เมืองค์กรหรือ ชุมชนผ่าน เกณฑ์ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก” เพิ่มขึ้น อย่าง น้อย ๑ แห่ง	ร้อยละ ๑๐๐ ของ รพ.สต. เมืองค์กรหรือ ชุมชนผ่าน เกณฑ์ “ปลอดโฟม ลดพลาสติก” เพิ่มขึ้น อย่าง น้อย ๑ แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย (ก) +ค่าเป้าหมาย (ข) +ค่าเป้าหมาย (ค) ๓				
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา สสจ.สงขลา				
ชื่อผู้รับผิดชอบ	นางนฤมล วีระพันธ์ / นางสาวอิสริยา อักษรชื่น				
โทรศัพท์	๐ ๗๔๓๒ ๓๒๔๒				



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับความสำเร็จ ในการดำเนินงาน ปลอดโฟม ลดพลาสติก ของ คปสอ.	-	๔.๙๑ (เฉพาะ ปลอด โฟม)	รอบ ๖ เดือน ค่าเฉลี่ยระดับ ความสำเร็จฯ =๓	≤๑	๑.๐๑-๒.๐๐	๒.๐๑-๓.๐๐	๓.๐๑-๔.๐๐	๔.๐๑-๕.๐๐
			รอบ ๑๒ เดือน ค่าเฉลี่ยระดับ ความสำเร็จฯ =๔	≤๑	๑.๐๑-๒.๐๐	๒.๐๑-๓.๐๐	๓.๐๑-๔.๐๐	๔.๐๑-๕.๐๐



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน
คำนิยาม	เด็กอายุ ๐-๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน - การคัดกรองพัฒนาการเด็ก หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็ก อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็ก ในพื้นที่ (Type ๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type ๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็ก ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมทั้งเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้าน ภายใน ๓๐ วัน (1B260)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็ก ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวศรัณญา ระเบียบแสงมงคล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร ๐ ๘๑๓๘ ๘๖๒๖๖ E-mail: mchsk@hotmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐ ,๔๒ และ ๖๐ เดือน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕	๙๐.๙๘	รอบ ๖ เดือน	<ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐-๘๔	ร้อยละ ๘๕-๘๙	ร้อยละ ๙๐-๙๔	≥ร้อยละ ๙๕
			รอบ ๑๒ เดือน	<ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐-๘๔	ร้อยละ ๘๕-๘๙	ร้อยละ ๙๐-๙๔	≥ร้อยละ ๙๕



ตัวชี้วัดอำเภอ – กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของสถานบริการ (รพ./PCU) ที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเท่ากับศูนย์
คำนิยาม	โรงพยาบาล /PCUรพ. หมายถึง พื้นที่ทั้งในโซนบริการและโซนบ้านพัก ภาวะที่สำรวจลูกน้ำยุงลายในสถานบริการหมายถึง ภาวะทั้งหมดที่มีน้ำขังทั้งในอาคารและนอกอาคารของสถานบริการ (นับจำนวนภาวะมีน้ำที่สำรวจ) ภาวะที่พบลูกน้ำยุงลายหมายถึง ภาวะที่มีน้ำขังทั้งหมดที่สำรวจและพบลูกน้ำยุงลาย (นับจำนวนภาวะที่พบลูกน้ำยุงลาย)
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์แต่ละสถานบริการ คือ ไม่พบลูกน้ำยุงลาย ในสถานบริการ(CI =๐) เกณฑ์ภาพรวมอำเภอ คือ ร้อยละของสถานบริการที่ ไม่พบลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ ๑๐๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ภาวะที่สำรวจลูกน้ำยุงลาย (หน่วยนับ : ภาวะ) ภาวะที่พบลูกน้ำยุงลาย (หน่วยนับ : ภาวะ) ระดับอำเภอ: สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอ (หน่วยนับ : แห่ง)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- รายงานค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (อำเภอ/ตำบลสำรวจ เดือนละ ๑ ครั้ง) - สสจ.ลงสุ่มค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ปีละ ๒ ครั้ง)
แหล่งข้อมูล	- รายงานค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (อำเภอ/ตำบลสำรวจ เดือนละ ๑ ครั้ง) - สสจ.ลงสุ่มค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ปีละ ๒ ครั้ง)
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนสถานบริการทั้งหมดที่สำรวจ
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนสถานบริการที่ พบลูกน้ำยุงลาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับอำเภอ: ร้อยละของสถานบริการที่ ไม่พบลูกน้ำยุงลาย = $\frac{(A-B) \times 100}{A}$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางมณี แพทย์พงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๗๒๘๘ ๓๖๐๐ E-mail : m.patpong@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของ สถานบริการ (รพ./PCU) ที่มีค่าดัชนีลูกน้ำ ยุงลายเท่ากับ ศูนย์	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ๑๐๐	<๖๑	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๙๐	๙๑-๑๐๐
			<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> ๑๐๐	<๖๑	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๙๐	๙๑-๑๐๐



ตัวชี้วัดอำเภอ – กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของสถานบริการ (สสอ./รพ.สต.) ที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเท่ากับศูนย์
คำนิยาม	<p>สสอ. / รพ.สต. หมายถึง พื้นที่บริเวณสสอ. และรพ.สต.ทั้งในโซนบริการและโซนบ้านพัก</p> <p>ภาชนะที่สำรวจลูกน้ำยุงลายในสสอ./รพ.สต. หมายถึง ภาชนะทั้งหมดที่มีน้ำขังทั้งในอาคารและนอกอาคาร (นับจำนวนภาชนะมีน้ำที่สำรวจ)</p> <p>ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายหมายถึง ภาชนะที่มีน้ำขังทั้งหมดที่สำรวจและพบลูกน้ำยุงลาย (นับจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เกณฑ์แต่ละสถานบริการ(สสอ./รพ.สต.) คือ ไม่พบลูกน้ำยุงลายในสถานบริการ(CI =0)</p> <p>เกณฑ์ภาพรวมอำเภอ คือ ร้อยละของสสอ./รพ.สต.ที่ไม่พบลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ ๑๐๐</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ภาชนะที่สำรวจลูกน้ำยุงลาย (หน่วยนับ : ภาชนะ)</p> <p>ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย(หน่วยนับ : ภาชนะ)</p> <p>ระดับอำเภอ: สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอ (หน่วยนับ : แห่ง)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (อำเภอ/ตำบลสำรวจ เดือนละ ๑ ครั้ง) - สสจ.ลงสุ่มค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ปีละ ๒ ครั้ง)
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (อำเภอ/ตำบลสำรวจ เดือนละ ๑ ครั้ง) - สสจ.ลงสุ่มค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ปีละ ๒ ครั้ง)
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนสถานบริการ (สสอ./รพ.สต.) ทั้งหมดที่สำรวจ
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนสถานบริการ (สสอ./รพ.สต.) ที่พบลูกน้ำยุงลาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ระดับอำเภอ:</p> <p>ร้อยละของสถานบริการที่ไม่พบลูกน้ำยุงลาย = $\frac{(A-B) \times 100}{A}$</p>
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา</p>
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา</p>
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>นาง มณี แพทย์พงศ์</p> <p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๗๒๘๘ ๓๖๐๐</p> <p>E-mail : m.patpong@gmail.com</p>



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของ สถานบริการ (สสอ./ รพ.สต.) ที่มี ค่าดัชนีลูกน้ำ ยุงลาย เท่ากับศูนย์	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ๑๐๐	<๖๑	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๙๐	๙๑-๑๐๐
			<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> ๑๐๐	<๖๑	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๙๐	๙๑-๑๐๐



ตัวชี้วัดอำเภอ – กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงเรียนที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเท่ากับศูนย์
คำนิยาม	โรงเรียน หมายถึง โรงเรียนทุกสังกัด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ภาวะที่สำรวจลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน หมายถึง ภาวะทั้งหมดที่มีน้ำขังทั้งในอาคารและนอกอาคารของโรงเรียน (นับจำนวนภาชนะมีน้ำที่สำรวจ) ภาวะที่พบลูกน้ำยุงลาย หมายถึง ภาวะที่มีน้ำขังทั้งหมดที่สำรวจและพบลูกน้ำยุงลาย (นับจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย)
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์ภาพรวมอำเภอ คือ ร้อยละของโรงเรียนที่ ไม่พบ ลูกน้ำยุงลายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ร้อยละของภาวะที่พบลูกน้ำยุงลายในโรงเรียนต้องเท่ากับ ๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ภาวะที่สำรวจลูกน้ำยุงลาย (หน่วยนับ : ภาชนะ) ภาวะที่พบลูกน้ำยุงลาย (หน่วยนับ : ภาชนะ) โรงเรียนทุกสังกัดในเขตรับผิดชอบ (หน่วยนับ : แห่ง)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- รายงานค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (อำเภอ/ตำบลสำรวจ เดือนละ ๑ ครั้ง) - สสจ.ลงสุ่มค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ปีละ ๒ ครั้ง)
แหล่งข้อมูล	- รายงานค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (อำเภอ/ตำบลสำรวจ เดือนละ ๑ ครั้ง) - สสจ.ลงสุ่มค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ปีละ ๒ ครั้ง)
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนโรงเรียนทั้งหมดที่สำรวจ
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนโรงเรียนที่ พบ ลูกน้ำยุงลาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับอำเภอ: ร้อยละของโรงเรียนที่ ไม่พบ ลูกน้ำยุงลาย = $\frac{(A-B) \times 100}{A}$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นาง มณี แพทย์พงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๗๒๘๘ ๓๖๐๐ E-mail : m.patpong@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของ โรงเรียนที่มีค่า ดัชนีลูกน้ำ ยุงลายเท่ากับ ศูนย์	ไม่พบ ลูกน้ำ ยุงลายใน โรงเรียน	๘๓.๖๗	รอบ ๖ เดือน ๘๐ (ปี๒๕๖๓ เป็นปีระบาศ)	<๖๖	๖๖-๗๐	๗๑-๗๕	๗๖-๘๐	>๘๐
			รอบ ๑๒ เดือน ๘๐ (ปี๒๕๖๓ เป็นปีระบาศ)	<๖๖	๖๖-๗๐	๗๑-๗๕	๗๖-๘๐	>๘๐



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ชื่อตัวชี้วัด	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดตามเกณฑ์ในเด็กได้รับวัคซีนครบ อายุ ๑ ปี (Fully Immunized)
คำนิยาม	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดตามเกณฑ์ในเด็กได้รับวัคซีนครบ อายุ ๑ ปี (Fully Immunized) หมายถึงร้อยละของเด็กอายุครบ ๑ ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนครบ ๑ ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB, IPV, DTP-HB๓, OPV๓ และ MMR๑ จากเด็กครบ ๑ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (ปีงบประมาณ ๒๕๖๓)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ ๑ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม สถานะบุคคล Type area = ๑ และ ๓ โดยความหมายของเด็กอายุครบ ๑ ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ ๑ ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับรายงาน แต่ผ่านมาแล้ว ๑ ปี เช่น รายงานงวดที่ ๑ : ตุลาคม ๒๕๖๒ - ธันวาคม ๒๕๖๒ เด็กที่มีอายุครบ ๑ ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาการประมวลผล รายงาน (ไตรมาส)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุครบ ๑ ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ได้แก่ วัคซีน BCG, HB๑, IPV, DTP-HB๓, OPV๓ และ MMR๑
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุครบ ๑ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงานจากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม (สถานะบุคคล Type area = ๑ และ ๓ ๑ = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง ๓ = มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
รายการข้อมูล ๓	รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ BCG = ๐๑๐ HB๑ = ๐๔๑ DHP-HB๓ ได้แก่ รหัสวัคซีน ๐๙๓ หรือ มี ๒ รหัส พร้อมกัน คือ (๐๐๓+๐๔๓) หรือ D๒๓ หรือ D๕๓ หรือ มี ๒ รหัสพร้อมกันในแผนและนอกแผน คือ (D๑๓+๐๔๓) หรือ (D๓๓+๐๔๓) หรือ (D๔๓+๐๔๓) OPV๓ ได้แก่ รหัสวัคซีน ๐๘๓ หรือ D๓๓ หรือ D๔๓ หรือ D๕๓ IPV ได้แก่ รหัสวัคซีน ๔๐๑ หรือ D๓๒ หรือ D๔๒ หรือ D๕๒ หรือ I๑๒ (๖) MMR๑ ได้แก่ รหัสวัคซีน ๐๖๑ หรือ M๑๑



สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระดับของข้อมูลรายงาน	ความครอบคลุมประเมินเป็นรายพื้นที่ (หมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ)
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูล ทางวิชาการ	๑. นายทวิสิทธิ์ นิลวิสุทธิ์ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ ๐๙ ๐๑๕๖ ๒๐๔๕ ๒. นายอัฐพงศ์ คงช่วย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ ๐๙ ๑๐๔๘ ๙๐๐๗



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ความครอบคลุมการ ได้รับวัคซีนแต่ละ ชนิดตามเกณฑ์ใน เด็กได้รับวัคซีนครบ อายุ ๑ ปี (Fully Immunized)	>ร้อยละ ๙๐	๙๑.๓๔	<u>รอบ ๖ เดือน</u> >ร้อยละ ๙๐	≤๗๕	๗๖-๘๐	๘๑-๘๕	๘๖-๙๐	>๙๐
			<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> >ร้อยละ ๙๐	≤๗๕	๗๖-๘๐	๘๐ - ๘๕	๘๖-๙๐	>๙๐



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)
ค่านิยม	<p>โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ๒ แห่ง - โรงพยาบาลชุมชน ๑๕ แห่ง รวม ๑๗ แห่ง <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมี ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้</p> <p>ระดับ ๑ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA</p> <p>ระดับ ๒ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ ทุกแห่ง (๖ แห่ง : รพ.สงขลา ระโนด/สิงหนคร/สะเตา/สะบ้าย้อย/นาหม่อม) จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและดำเนินการพัฒนาตามแผน</p> <p>ระดับ ๓ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ จัดทำเอกสารและส่งเอกสารเพื่อขอรับการประเมินต่ออายุ</p> <p>ระดับ ๔ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ จัดทำเอกสารและส่งเอกสารเพื่อขอรับการประเมินต่ออายุ และส่ง สรพ. ทันภายในเวลา</p> <p>ระดับ ๕ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ ได้รับการเยี่ยมเพื่อต่ออายุกระบวนการรับรองคุณภาพ</p> <p>กระบวนการรับรอง ๓ ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น ๒ หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป - HA ชั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลผ่านการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป</p> <p>๒.โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง



รายการข้อมูล ๑	<p>ระดับ ๑ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA</p> <p>ระดับ ๒ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ ทุกแห่ง (๖ แห่ง : รพ.สงขลา ระโนด/สิงหนคร/สะเดา/สะบ้าย้อย/นาหม่อม) จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและดำเนินการพัฒนาตามแผน</p> <p>ระดับ ๓ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ จัดทำเอกสารและส่งเอกสารเพื่อขอรับการประเมินต่ออายุ</p> <p>ระดับ ๔ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ จัดทำเอกสารและส่งเอกสารเพื่อขอรับการประเมินต่ออายุ และส่ง สรพ. ทันภายในเวลา</p> <p>ระดับ ๕ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ ได้รับการเยี่ยมเพื่อต่ออายุกระบวนการรับรองคุณภาพ</p>
รายการข้อมูล ๒	-
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูล	นางนฤมล บุญทอง
ทางวิชาการ	โทรศัพท์ ๐๘ ๑๙๕๙ ๕๕๔๐



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ – กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปี ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปี ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับ ความสำเร็จใน การดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล (HA)	๘๐% ของโรง พยาบาล ชุมชนผ่าน การรับรอง HA ชั้น ๓	๑๐๐% ของ รพช. ผ่านการ รับรอง คุณภาพ มาตรฐาน HA ชั้น ๓	๘๐% รพช. ผ่านการต่อ อายุการ รับรอง กระบวนการ คุณภาพ (Re-ac)	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

ระดับ ๑ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA

ระดับ ๒ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ ทุกแห่ง (๖ แห่ง : รพ.สงขลา /ระโนด/สิงหนคร/
สะเตา/สะบ้าย้อย/นาหม่อม) จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและดำเนินการพัฒนาตามแผน

ระดับ ๓ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ จัดทำเอกสารและส่งเอกสารเพื่อขอรับการประเมิน
ต่ออายุ

ระดับ ๔ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ จัดทำเอกสารและส่งเอกสารเพื่อขอรับการประเมิน
ต่ออายุ และส่ง สรพ. ทันภายในเวลา

ระดับ ๕ โรงพยาบาลชุมชนที่ครบต่ออายุในปี ๒๕๖๓ ได้รับการเยี่ยมเพื่อต่ออายุกระบวนการรับรอง
คุณภาพ



ตัวชี้วัดอำเภอ - ฝ่ายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์

ชื่อตัวชี้วัด	ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการปรับเปลี่ยนด้วย ๓ อ ๒ ส มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น
คำนิยาม	ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุข ที่มีค่าระดับน้ำตาล > ๑๐๐ ถึง ≤ ๑๒๖ mg% /dl โดยวิธีอดอาหาร หรือมีค่าระดับน้ำตาล >๑๔๐ ถึง ≤ ๒๐๐ mg% /dl โดยวิธีการไม่อดอาหาร เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓อ๒ส ด้วยกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และด้านสุขศึกษาทุกรูปแบบ มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นโดยพิจารณาจากระดับค่าน้ำตาล ในเลือดลดลงจากเดิม โดยวิธีการวัดแบบเดียวกัน หรือ ค่าน้ำตาลลดลงจากกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มปกติ ด้วยวิธีการวัดที่ต่างกัน โดยเมื่อมีการนัดมาติดตามผลการปรับเปลี่ยน ๓ และ ๖ เดือน จะมีการตรวจค่าระดับน้ำตาล และมีการลงบันทึกในแฟ้ม Service เมื่อให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓อ๒ส ก็ลงรหัสให้บริการ Diagnosis เป็น Z ๗๑.๓ โดยโปรแกรมประมวลผลจะมีการดึงข้อมูลมาเปรียบเทียบในช่วงระยะเวลา ไม่น้อยกว่า ๘๐ วัน แต่ไม่เกิน ๑๐๐ วัน (รอบ ๓ เดือน) และ ไม่น้อยกว่า ๑๗๐ วัน แต่ไม่เกิน ๑๙๐ วัน (รอบ ๖ เดือน) นับจากการลงทะเบียนปรับเปลี่ยนครั้งแรกโดยผู้ที่เข้ารับการปรับเปลี่ยนที่นำมาประเมินจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมจนครบกระบวนการคือตั้งแต่ครั้งแรก ๓ เดือน และ ๖ เดือน
เกณฑ์เป้าหมาย	ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามผลหลังการปรับเปลี่ยนฯ เมื่อครบช่วงเวลา ไม่น้อยกว่า ๘๐ วัน แต่ไม่เกิน ๑๐๐ วัน และ ไม่น้อยกว่า ๑๗๐ วัน แต่ไม่เกิน ๑๙๐ วัน มีพฤติกรรมดีขึ้นไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓อ๒ส
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผลการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนฯ เมื่อครบระยะเวลา ช่วงเวลา ไม่น้อยกว่า ๘๐ วัน แต่ไม่เกิน ๑๐๐ วัน และไม่น้อยกว่า ๑๗๐ วัน แต่ไม่เกิน ๑๙๐ วัน ในโปรแกรม JHCIS รายเดือน
แหล่งข้อมูล	การลงบันทึกผลการปฏิบัติงานในโปรแกรม JHCIS ของสถานบริการทุกแห่ง แฟ้ม SERVICE
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการปรับเปลี่ยน ๓ อ ๒ ส ด้วยกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)และด้านสุขศึกษาทุกรูปแบบ และมีการติดตาม มีระดับ FBS ลดลงจากครั้งแรก เมื่อครบระยะเวลาติดตามช่วงเวลา ไม่น้อยกว่า ๘๐ วัน แต่ไม่เกิน ๑๐๐ วัน และ ไม่น้อยกว่า ๑๗๐ วัน แต่ไม่เกิน ๑๙๐ วัน



รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๐๒๘ ทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	ฝ่ายสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวธัญญิณณ์ ชูอำนาจ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘ ๑๙๕๗ ๕๗๘๕



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - ฝ่ายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการปรับเปลี่ยนด้วย ๓ อ ๒ ส มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น	-	กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยน ร้อยละ ๘๘.๘๖ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ครบ ๖ เดือน ร้อยละ ๔๔.๘๖	รอบ ๖ เดือน กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยนมากกว่า ร้อยละ ๘๐ และปรับเปลี่ยนได้มากกว่าร้อยละ ๕๐	กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยนน้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ และปรับเปลี่ยนได้น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยน ร้อยละ ๖๐ และปรับเปลี่ยนได้ ร้อยละ ๓๐	กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยน ร้อยละ ๗๐ และปรับเปลี่ยนได้ ร้อยละ ๔๐	กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยน ร้อยละ ๘๐ และปรับเปลี่ยนได้ ร้อยละ ๕๐	กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยน ร้อยละ ๘๐ และปรับเปลี่ยนได้ ร้อยละ ๕๐
			รอบ ๑๒ เดือน กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยนมากกว่า ร้อยละ ๘๐ และปรับเปลี่ยนได้มากกว่าร้อยละ ๕๐	กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยนน้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ และปรับเปลี่ยนได้น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยน ร้อยละ ๖๐ และปรับเปลี่ยนได้ ร้อยละ ๓๐	กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยน ร้อยละ ๗๐ และปรับเปลี่ยนได้ ร้อยละ ๔๐	กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยน ร้อยละ ๘๐ และปรับเปลี่ยนได้ ร้อยละ ๕๐	กลุ่มเสี่ยง DMHT เข้ารับการปรับเปลี่ยน ร้อยละ ๘๐ และปรับเปลี่ยนได้ ร้อยละ ๕๐



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ตัวชี้วัด	ร้อยละความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านคุณภาพโดย นสค.
คำนิยาม	การเยี่ยมบ้านคุณภาพ หมายถึง การติดตามเยี่ยมบ้านจากฐานข้อมูลแฟ้มครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เป็นการเยี่ยมคนในครอบครัวทุกกลุ่มวัยที่อาศัยอยู่ในบ้านเพื่อประเมินการใช้ชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่จะมีผลต่อสุขภาพ เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถประเมินภาวะความเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวนั้นๆ และแนวทางที่จะลดความเสี่ยงต่างๆ เช่น สามารถโน้มน้าวหรือแนะนำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เป็นการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและคนในครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๔๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หลังคาเรือนตามฐานข้อมูลแฟ้มครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	รพ.สต./PCU ทุกแห่งคือข้อมูล
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหลังคาเรือนที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สสจ.สงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
ผู้ประสานงาน /ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวสิริรัตน์ บุญวิสูตร โทรศัพท์ ๐๘ ๓๑๕๖ ๗๑๗๒



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละความ ครอบคลุม การเยี่ยมบ้าน คุณภาพโดย นสค.	-	๔๕.๖๘	รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๒๒.๕	๑๒.๕	๑๕	๑๗.๕	๒๐	๒๒.๕
			รอบ ๑๒ เดือน ร้อยละ ๔๕	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕



ตัวชี้วัดอำเภอ -กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	
คำนิยาม	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ -ผ่านเกณฑ์อิเล็กทรอนิกส์ ๑๐๐% -รพ.ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพบัญชีระดับ A	
เกณฑ์เป้าหมาย	๑๗ แห่ง	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ทุกแห่ง	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.จากรายงานประจำเดือน ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ๒.จากผลการตรวจสอบคุณภาพบัญชีรายไตรมาส	
แหล่งข้อมูล	๑.จาก Web http://hfo๖๒.cfo.in.th/	
	๒.รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพบัญชี	
	เกรด	เกณฑ์คะแนน
	A	๙๐ - ๑๐๐
	B	๘๐ - ๘๙
	C	๗๐ - ๗๙
	D	๖๐ - ๖๙
	ไม่ผ่าน	ต่ำกว่า ๖๐
รายการข้อมูล ๑	ผ่านเกณฑ์อิเล็กทรอนิกส์ ๑๐๐%	
รายการข้อมูล ๒	รพ.ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพบัญชีระดับ A	
รายการข้อมูล ๓	-	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนตามที่กำหนด	
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	งานการเงิน สสจ.	
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	งานการเงิน สสจ.	
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางอิศราภร มิตรเมือง นางสาวธาดา ไพโรจน์	



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ -กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
หน่วยบริการมี คุณภาพบัญชีผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด	-ผ่าน เกณฑ์ อิเล็กทรอนิกส์ ๘๐%	- ระดับ A จำนวน ๑๐ แห่ง ๑.คลองหอยโข่ง ๒.จະนะ ๓.สทิงพระ ๔.กระแสดินธุ์ ๕.ควนเนียง ๖.เทพา ๗.รัตภูมิ ๘.สะเดา ๙.ป่าดงฯ ๑๐.สะบ้าย้อย -ระดับ B จำนวน ๖ แห่ง ๑.รพท.สงขลา ๒.สมเด็จฯ ๓.ระโนด ๔.นาหม่อม ๕.บางกล่ำ ๖.สิงหนคร -ไม่ผ่านเกณฑ์ ๑ แห่ง รพ. หาดใหญ่	รอบ ๖ เดือน ผ่านเกณฑ์ ระดับ A ร้อยละ ๘๐ ของจำนวน รพ.ทั้งหมด = ๑๓ รพ.	-ผ่าน เกณฑ์ อิเล็กทรอนิกส์ ต่ำกว่า ๑๐๐% -ผลการ ตรวจสอบ ระดับ คะแนนต่ำ กว่า ๖๐	-ผ่าน เกณฑ์ อิเล็กทรอนิกส์ ๑๐๐% -ผ่าน เกณฑ์การ ตรวจสอบ ระดับ D	-ผ่านเกณฑ์ อิเล็กทรอนิกส์ ๑๐๐% -ผ่าน การ ตรวจสอบ ระดับ C	-ผ่านเกณฑ์ อิเล็กทรอนิกส์ ๑๐๐% -ผ่านเกณฑ์ การ ตรวจสอบ ระดับ B	-ผ่านเกณฑ์ อิเล็กทรอนิกส์ ๑๐๐% -ผ่านเกณฑ์ การ ตรวจสอบ ระดับ A
			รอบ ๑๒ เดือน ผ่านเกณฑ์ ระดับ A ร้อยละ ๑๐๐ ของจำนวน รพ.ทั้งหมด = ๑๗ รพ.	-ผ่าน เกณฑ์ อิเล็กทรอนิกส์ ต่ำกว่า ๑๐๐% -ผลการ ตรวจสอบ ระดับ คะแนนต่ำ กว่า ๖๐	-ผ่าน เกณฑ์ อิเล็กทรอนิกส์ ๑๐๐% -ผ่าน เกณฑ์การ ตรวจสอบ ระดับ D	-ผ่านเกณฑ์ อิเล็กทรอนิกส์ ๑๐๐% -ผ่านเกณฑ์ การ ตรวจสอบ ระดับ B	-ผ่านเกณฑ์ อิเล็กทรอนิกส์ ๑๐๐% -ผ่านเกณฑ์ การ ตรวจสอบ ระดับ A	



ตัวชี้วัดอำเภอ – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

ตัวชี้วัด	กลุ่มเสี่ยงที่มีค่า CVD Risk score มากกว่า ๓๐ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น
คำนิยาม	<p>ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐ - I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <p>๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. - E๑๔. ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)</p> <p>๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐ - I๑๕ ยกเว้นรหัส I๑๑.๐, I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒ , I๑๓.๙ และ รหัส I๑๐ - I๑๕ ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ๘๗.๕%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปีที่ขึ้นทะเบียน Type area ๑ และ ๓ หมายถึง</p> <p>๑.๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี Type area ๑ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่จริง</p> <p>๑.๒ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี Type area ๓ หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>๑. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (≥๓๐%) หลังเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรับด่วนภายใน ๑ เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค</p>
แหล่งข้อมูล	<p>ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>๑. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข</p>



แหล่งข้อมูล (ต่อ)	๒. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน ๑ เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ ๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. - E๑๔. ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) ๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐ - I๑๕ ยกเว้นรหัส I๑๑.๐, I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒ , I๑๓.๙ และ รหัส I๑๐ - I๑๕ ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ ๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. - E๑๔. ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) ๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐ - I๑๕ ยกเว้นรหัส I๑๑.๐, I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒ , I๑๓.๙ และ รหัส I๑๐ - I๑๕ ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวชไมพร อุทัยมณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : ๐ ๗๔๓๒ ๖๐๙๑ ต่อ ๓๐๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๕๓



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปี ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปี ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
กลุ่มเสี่ยงที่มี CVD Risk score มากกว่า ๓๐ ได้รับ การปรับ เปลี่ยน พฤติกรรมแบบ เข้มข้น	≥ ๘๗.๕	๘๗.๐๔	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ≥ ๘๗.๕	๖๗.๕	๗๒.๕	๗๗.๕	๘๒.๕	≥ ๘๗.๕
			<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> ≥ ๘๗.๕	๖๗.๕	๗๒.๕	๗๗.๕	๘๒.๕	≥ ๘๗.๕



ตัวชี้วัดอำเภอ – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานที่มีระบบ ECS คุณภาพ
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน(ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) แนวคิดการจัดการบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมี เป้าประสงค์ ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>การพัฒนา ECS ในปี ๒๕๖๑ -๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่ เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p> <p>“ผู้ป่วย severe traumatic brain in jury” หมายถึงผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแยกลงในภายหลังก็ได้</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A , S , M๑
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>HDC</p> <p>๑. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน</p> <p>๒. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION</p> <p>๓. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม(ทั้ง trauma และ non trauma) ACCIDENT</p>
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม/รพ./แบบประเมิน ECS คุณภาพ



รายการข้อมูล ๑	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานที่มีระบบ ECS คุณภาพ ดังนี้ ๑ = รวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชม. ในปี ๒๕๖๐ ,๒๕๖๑ เป็นข้อมูลพื้นฐาน ๒ = วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และ Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ ๓ = วางแผนการพัฒนา เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ๔ = ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน ๕ = อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชม. ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน โรงพยาบาลระดับ F๒ น้อยกว่า ร้อยละ ๑๒
รายการข้อมูล ๒	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non trauma) ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชม.
รายการข้อมูล ๓	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non trauma) ทั้งหมด
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สสจ.สงขลา
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูล ทางวิชาการ	นายประสิทธิ์ งามสกุล โทร ๐๘ ๙๗๓๙ ๖๙๑๐



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปี ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปี ๖๒	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับความสำเร็จการดำเนินงานที่มีระบบ ECS คุณภาพ	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๒	๗.๗๑ (ข้อมูลจากการสรุปผลงานกลุ่มงาน ๑ต.ค. ๖๑-๓๐ ก.ย. ๖๒) ใน รพ. A ,S	รอบ ๖ เดือน อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชม.ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาล ระดับ F๒ น้อยกว่า ร้อยละ ๑๒	รวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชม. ในปี ๒๕๖๐ ,๒๕๖๑ เป็นข้อมูลพื้นฐาน	วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และ Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ	วางแผนการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต	ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน	อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชม.ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาล ระดับ F๒ น้อยกว่า ร้อยละ ๑๒
			รอบ ๑๒เดือน อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชม.ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาล ระดับ F๒ น้อยกว่า ร้อยละ ๑๒	รวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชม. ในปี ๒๕๖๐ ,๒๕๖๑ เป็นข้อมูลพื้นฐาน	วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และ Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ	วางแผนการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต	ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน	อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชม.ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาล ระดับ F๒ น้อยกว่า ร้อยละ ๑๒



ตัวชี้วัดอำเภอ – กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุข มีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)
คำนิยาม	<p>Mobile Application หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่สำหรับ อสม. ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เคลื่อนที่</p> <p>คลินิกสารเคมีเกษตร หมายถึง คลินิกสุขภาพเกษตรกร หรือ คลินิกการจัดบริการ อาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนสำหรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีอยู่เดิม และดำเนินการอยู่แล้ว หรือสามารถจัดตั้งขึ้นมาใหม่ได้</p> <p>ตรวจประเมินหน่วยบริการสาธารณสุข ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รับการชี้แจง ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานสำรวจการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงให้กับหน่วยงานเครือข่าย (ผู้รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสอ. รพ. รพ.สต.) เอกสารหนังสือเชิญและการลงชื่อ ๒. มีการแนะนำให้คำปรึกษา ติดตามการดำเนินงานของ อสม. ในการใช้ Mobile Application โดย รพ./รพ.สต./PCU ๓. มีการสำรวจการใช้สารเคมีฯ ครั้งที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑ - ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓ โดย อสม. ๔. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานรายงานสถานการณ์การใช้สารเคมี จากการสำรวจครั้งที่ ๑ (รพ.สต./PCU ส่ง สสอ.) เพื่อรวบรวมเป็นภาพรวมของอำเภอ ส่งให้ สสจ. ภายใน ๒๐ ม.ค. ๒๕๖๓ ๕. มีการกำหนดประเด็นปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงของตำบล/อำเภอ และคัดเลือกประเด็นเพื่อกำหนดมาตรการระดับตำบล/อำเภอ ๖. มีการนำข้อมูลการสำรวจที่ได้เสนอต่อที่ประชุมในระดับตำบล /อำเภอ เพื่อขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีฯ ในระดับตำบล/อำเภอ ๗. ติดตามและสรุปผลการดำเนินงานในรอบ ๖ เดือน ๘. มีการนำข้อมูลไปเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (OEHP) ด้านเกษตรกรรม ๙. มีการสำรวจการใช้สารเคมีฯ ครั้งที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑ - ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓ โดย อสม. ๑๐. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานรายงานสถานการณ์การใช้สารเคมี จากการสำรวจครั้งที่ ๒ (รพ.สต.ส่ง สสอ.) เพื่อรวบรวมเป็นภาพรวมของอำเภอ ส่งให้ สสจ. ภายใน ๒๐ ก.ค. ๒๕๖๓ ๑๑. มีการนำข้อมูลสถานการณ์ฯ ไปขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีฯ ในระดับตำบล/อำเภอ ๑๒. ติดตามและสรุปผลการดำเนินงานในรอบ ๙ เดือน



	<p>๑๓. มีการจัดทำข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแนวทางการสำรวจการใช้สารเคมีฯ ของ ตำบล/อำเภอ</p> <p>๑๔. มีรายงานผลการดำเนินงานรอบ ๑๒ เดือน ประเด็นจังหวัดมีระบบปรับแก้ข่าวการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด</p> <p>การประเมิน</p> <p>รอบที่ ๑ มีการดำเนินการ ตามข้อที่ ๑ - ๗</p> <p>รอบที่ ๒ มีการดำเนินการ ตามข้อที่ ๑ - ๑๔</p>												
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐ ของ รพ.สต. ระดับอำเภอ/PCU และโรงพยาบาลทุกแห่ง ผ่านตามเกณฑ์การประเมิน												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./PCU (เกษตรกร หรือผู้ฉีดพ่นสารเคมีทางการเกษตร)												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินตามเกณฑ์การดำเนินงาน												
แหล่งข้อมูล	แนวทางการสำรวจการใช้สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต)												
รายการข้อมูล ๑	<p>รอบที่ ๑ (ต.ค.๖๒ - ก.พ.๖๓)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑</td> </tr> <tr> <td>๒</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๒</td> </tr> <tr> <td>๓</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๓</td> </tr> <tr> <td>๔</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๔</td> </tr> <tr> <td>๕</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๖</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	๑	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑	๒	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๒	๓	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๓	๔	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๔	๕	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๖
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
๑	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑												
๒	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๒												
๓	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๓												
๔	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๔												
๕	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๖												
รายการข้อมูล ๒	<p>รอบที่ ๒ (ต.ค.๖๒ - ก.ค.๖๓)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๖</td> </tr> <tr> <td>๒</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๘</td> </tr> <tr> <td>๓</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๐</td> </tr> <tr> <td>๔</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๒</td> </tr> <tr> <td>๕</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๓</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	๑	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๖	๒	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๘	๓	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๐	๔	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๒	๕	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๓
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
๑	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๖												
๒	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๘												
๓	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๐												
๔	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๒												
๕	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๓												
รายการข้อมูล ๓	-												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-												
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.สงขลา												
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.สงขลา												
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	๑.นายวชิระ แก้วจัน โทร. ๐๘ ๙๑๙๘ ๗๒๑๓ ๒.นางสุวิทย์ แก้วสนิท โทร ๐๘ ๙๗๓๓ ๒๓๗๕												



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน					
		Base line ปีงบประมาณ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕	
ระดับความสำเร็จของ หน่วยบริการ สาธารณสุข มีระบบรับ แจ้งข่าวการใช้/ป่วย จากการสัมผัสสารเคมี ทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริ ฟอส ไกลโฟเสต) โดย ประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิก สารเคมีเกษตร/คลินิก โรคจากการทำงาน)	-	ตัวชี้วัดใหม่	รอบ ๖ เดือน	มีการ มีการดำเนิน การตามเกณฑ์ การประเมิน ข้อที่ ๑-๖	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๒	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๓	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๔	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๖
			รอบ ๑๒ เดือน	มีการ มีการดำเนิน การตามเกณฑ์ การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๓	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๖	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๘	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๑๐	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๑๒	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๑๓



ตัวชี้วัดอำเภอ – กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุขมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐) ภาพรวมอำเภอ
คำนิยาม	<p>การจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม หมายถึง กระบวนการรวบรวมหรือสำรวจข้อมูลสถานการณ์ ทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ในประเด็นที่เกี่ยวข้องทางด้านเกษตรกรรม โดยการรวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการใช้สารเคมีทางการเกษตร และข้อมูลการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ และจัดทำเป็นข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลสถานการณ์ สำหรับการใช้ในการวางแผนและเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน มีทั้งหมด ๕ ชุดข้อมูล ประกอบด้วย ๑.ข้อมูลทั่วไป ๒.ข้อมูลเกษตรกรรม ๓.ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง ๔.ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยง ๕.ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด หมายถึง สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด ได้แก่ พาราควอต ไกลโฟเสต และ คลอร์ไพริฟอส</p> <p>เกษตรกรรม หมายถึง อาชีพเพาะปลูกพืชต่างๆ ที่อาจจะมีการใช้สารเคมีทางการเกษตร ได้แก่ การทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น</p> <p>การรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐) หมายถึง เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ รายงานผู้ป่วยจากพิษสารเคมีทางการเกษตร ในระบบ ๔๓ แพ้มของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช (ICD๑๐ TM Code T๖๐.๐, T๖๐.๑, T๖๐.๒, T๖๐.๓, T๖๐.๔, T๖๐.๘, T๖๐.๙ ซึ่งไม่รวมการตั้งใจทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย (ICD๑๐ TM สาเหตุภายนอก คือ X๖๘)</p> <p>ตรวจประเมินหน่วยบริการสาธารณสุข ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.รพ/รพ.สต./PCU มีการสำรวจข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม ตามแบบฟอร์ม OEHP_Table_Kaset จากกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมให้ครบทั้ง ๕ ชุดข้อมูล ส่ง คปสอ. ภายในวันที่ ๕ ธ.ค. ๒๕๖๒) ๒.คปสอ. รวบรวม วิเคราะห์ ทั้งสรุปรายงานผลการดำเนินงาน การจัดทำ OEHP ด้านเกษตรกรรม ภายใน ๘ ธ.ค.๒๕๖๒ (รวบรวมส่ง สสจ.) ๓.คป.สอ./รพ./รพ.สต./PCU มีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการ (รหัสโรค T๖๐) ๔.มีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม และวิเคราะห์การรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการ (รหัสโรค T๖๐) ๕.ประเมินผลการดำเนินการจัดทำ OEHP ทางเกษตรกรรม และรายงาน T๖๐ ระดับ คปสอ. (ส่ง สสจ. ทุกวันสิ้นเดือน)



	<p>๖.มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการจัดทำ OEHP ด้านการเกษตรกรรม และรายงาน T๖๐ ในรอบ ๖ เดือน เสนอผู้บริหารในทุกระดับ ภายในวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๓ (ส่ง สสจ.)</p> <p>๗.มีการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างการใช้สารเคมีทางการเกษตรและผลกระทบต่อสุขภาพ ภายใน ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓</p> <p>๘.มีการจัดทำรายงานฐานข้อมูล OEHP ด้านการเกษตรกรรม ฉบับสมบูรณ์ในระดับ ตำบล อำเภอ ส่งให้จังหวัด ภายใน ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ (ส่ง สสจ.)</p> <p>๙.มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการจัดทำ OEHP ด้านการเกษตรกรรม และรายงาน T๖๐ ในรอบ ๙ เดือน เสนอผู้บริหารในทุกระดับ ภายใน ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๓</p> <p>๑๐.มีการพัฒนาการบันทึกที่ข้อมูล T ๖๐ ของหน่วยบริการทุกระดับให้ถูกต้อง ตามหลักการ ICD-๑๐</p> <p>๑๑.มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการจัดทำ OEHP ด้านการเกษตรกรรม และรายงาน T๖๐ ในรอบ ๑๒ เดือน เสนอผู้บริหารในทุกระดับ ภายใน วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๓</p> <p>การประเมิน</p> <p>รอบที่ ๑ มีการดำเนินการ ตามข้อที่ ๑-๖</p> <p>รอบที่ ๒ มีการดำเนินการ ตามข้อที่ ๑-๑๑</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบล/PCU และ รพ. ผ่านตามเกณฑ์การประเมิน
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (รพท./รพท./รพช./รพ.สต./PCU)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินตามเกณฑ์การดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	<p>๑.ไฟล์ชุดข้อมูลสถิติพื้นฐานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile: OEHP) ด้านเกษตรกรรม และแบบรายงาน สถานการณ์ สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้าเว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากลิงค์ :</p> <p>http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp</p> <p>๒. แนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตสุขภาพพิเศษเชิงอุตสาหกรรม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ พร้อมแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งตัวอย่างการจัดหา ฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environment Health Profile : OEHP) ของจังหวัดที่ได้มีการดำเนินการจัดทำ และพัฒนาแล้ว พร้อมทั้งเอกสารสนับสนุนการจัดทำ OEHP สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้า เว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจากลิงค์ :</p> <p>http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp</p> <p>๓. คู่มือ “การลงรหัส ICD-๑๐ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม” สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้าเว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากลิงค์ : http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/๕๓๗</p>



รายการข้อมูล ๑	รอบที่ ๑ (ต.ค.๖๒ - ก.พ.๖๓)	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	๑	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑
	๒	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๒
	๓	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๔
	๔	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๕
รายการข้อมูล ๒	รอบที่ ๒ (ต.ค.๖๒ - ก.ค.๖๓)	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	๑	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๒
	๒	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๔
	๓	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑- ๖
	๔	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑- ๙
๕	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๑	
รายการข้อมูล ๓	-	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-	
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.สงขลา	
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.สงขลา	
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	๑.นายวชิระ แก้วจัน โทร. ๐๘ ๙๑๙๘ ๗๒๑๓ ๒.นางสุวิทย์ แก้วสนิท โทร ๐๘ ๙๗๓๓ ๒๓๗๕	



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับความสำเร็จ ของหน่วยบริการ สาธารณสุขที่มีการจัดทำ ฐานข้อมูลอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านกิจกรรมและ มีการรายงานการ เจ็บป่วยหรือเสียชีวิต จากสารเคมีทาง การเกษตร (รหัสโรค T๖๐) ภาพรวมอำเภอ	-		รอบ ๖ เดือน มีการดำเนินการ การตามเกณฑ์ การประเมิน ข้อที่ ๑-๖	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๒	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๔	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๕	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๖
			รอบ ๑๒ เดือน มีการดำเนินการ การตามเกณฑ์ การประเมิน ข้อที่ ๑-๑๑	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๒	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๔	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๖	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๘	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๑๑



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับ คปสอ. อย่างน้อยละ ๑ เรื่อง
คำนิยาม	<p>สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง หมายถึง สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด ได้แก่ พาราควอต ไกลโฟเสต และคลอร์ไพริฟอส</p> <p>การขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงในระดับส่วนภูมิภาค หมายถึง การดำเนินงานขับเคลื่อนมาตรการเพื่อยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรร่วมกันในระดับ คปสอ. ผ่านกลไกของคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม คปสอ.</p> <p>ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ส่วนกลางชี้แจง ถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ๒. เสนอคำสั่งให้นายอำเภอ ลงนาม เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ระดับ คปสอ. (ชื่อคำสั่งคณะกรรมการ.....) ๓. มีการกำหนดประเด็นปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงของ คปสอ. และคัดเลือกประเด็นเพื่อกำหนดมาตรการระดับ คปสอ. ๔. มีการจัดประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม คปสอ. <p>เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงของจังหวัด และจัดทำแผนขับเคลื่อนมาตรการฯ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๕. มีการจัดทำรายงานข้อมูลสถานการณ์หรือมีการนำเสนอนโยบายผ่านคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม คปสอ. ๖. มีการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมกับชุมชน เพื่อยกเลิกการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๗. มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนมาตรการฯ และสรุปรายงานผลการดำเนินงาน ๘. คปสอ. มีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย ๑ เรื่อง <p>การประเมิน</p> <p>รอบที่ ๑ มีการดำเนินการ ตามข้อที่ ๑-๕</p> <p>รอบที่ ๒ มีการดำเนินการ ตามข้อที่ ๑-๘</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐ คปสอ. (คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรในระดับ คปสอ.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินตามเกณฑ์การดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	๑. คู่มือการจัดตั้ง และแนวทางการคัดเลือกบุคคลเข้าเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ สำหรับระดับจังหวัด และ กทม.



	<p>๒. คู่มือการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่สำหรับการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/๓๘๑</p> <p>๓. คู่มือสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/๑๒๖</p> <p>๔. คู่มือแรงงานนอกระบบ ปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ (กลุ่มอาชีพเกษตรกร) http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/๓๗๑</p>												
รายการข้อมูล ๑	<p>รอบที่ ๑ (ต.ค.๖๒ - ก.พ.๖๓)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑</td> </tr> <tr> <td>๒</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๒</td> </tr> <tr> <td>๓</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๓</td> </tr> <tr> <td>๔</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๔</td> </tr> <tr> <td>๕</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๕</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	๑	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑	๒	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๒	๓	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๓	๔	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๔	๕	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๕
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
๑	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑												
๒	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๒												
๓	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๓												
๔	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๔												
๕	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๕												
รายการข้อมูล ๒	<p>รอบที่ ๒ (ต.ค.๖๒ - ก.ค.๖๓)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๔</td> </tr> <tr> <td>๒</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๕</td> </tr> <tr> <td>๓</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๖</td> </tr> <tr> <td>๔</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๗</td> </tr> <tr> <td>๕</td> <td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๘</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	๑	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๔	๒	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๕	๓	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๖	๔	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๗	๕	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๘
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
๑	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๔												
๒	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๕												
๓	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๖												
๔	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๗												
๕	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ ๑-๘												
รายการข้อมูล ๓	-												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-												
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.สงขลา												
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.สงขลา												
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	๑.นายวชิระ แก้วจัน โทร. ๐๘ ๙๑๙๘ ๗๒๑๓ ๒.นางสุวิทย์ แก้วสนิท โทร ๐๘ ๙๗๓๓ ๒๓๗๕												



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับความสำเร็จของ การขับเคลื่อน มาตรการยุติการใช้ สารเคมีทางการเกษตร ที่มีอันตรายสูงร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในระดับ คปสอ. อย่าง น้อยละ ๑ เรื่อง	-	ตัวชี้วัดใหม่	รอบ ๖ เดือน มีการดำเนินการ การตามเกณฑ์ การประเมิน ข้อที่ ๑-๕	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๒	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๓	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๔	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๕
			รอบ ๑๒ เดือน มีการดำเนินการ การตามเกณฑ์ การประเมิน ข้อที่ ๑-๘	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๔	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๕	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๖	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์ การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๗	มีการ ดำเนินการ การตาม เกณฑ์การ ประเมิน ข้อที่ ๑-๘



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ตัวชี้วัด	โรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital																										
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลที่มีกระบวนการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล																										
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <td colspan="2" style="text-align: center;">ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ ๑ และขั้นตอนที่ ๒ เกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๐</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ขั้นตอนที่ ๑ การสร้างกระบวนการพัฒนา</td> </tr> <tr> <td colspan="2">๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ขั้นตอนที่ ๒ จัดกิจกรรม G-R-E-E-N</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">G: GARBAGE</td> <td>๒. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕</td> </tr> <tr> <td></td> <td>๓. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</td> </tr> <tr> <td>R: RESTROOM</td> <td>๔. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก</td> </tr> <tr> <td>E: ENERGY</td> <td>๕. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการ ที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td> </tr> <tr> <td>E: ENVIRONMENT</td> <td>๖. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>๗. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td> </tr> <tr> <td>N: NUTRITION</td> <td>๘. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก</td> </tr> <tr> <td></td> <td>๙. ร้อยละ ๑๐๐ ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</td> </tr> <tr> <td></td> <td>๑๐. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน</td> </tr> </table>	ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ ๑ และขั้นตอนที่ ๒ เกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๐		ขั้นตอนที่ ๑ การสร้างกระบวนการพัฒนา		๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		ขั้นตอนที่ ๒ จัดกิจกรรม G-R-E-E-N		G: GARBAGE	๒. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕		๓. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	R: RESTROOM	๔. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก	E: ENERGY	๕. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการ ที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	E: ENVIRONMENT	๖. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ		๗. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	N: NUTRITION	๘. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก		๙. ร้อยละ ๑๐๐ ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย		๑๐. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ ๑ และขั้นตอนที่ ๒ เกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๐																											
ขั้นตอนที่ ๑ การสร้างกระบวนการพัฒนา																											
๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร																											
ขั้นตอนที่ ๒ จัดกิจกรรม G-R-E-E-N																											
G: GARBAGE	๒. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕																										
	๓. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ																										
R: RESTROOM	๔. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก																										
E: ENERGY	๕. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการ ที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร																										
E: ENVIRONMENT	๖. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ																										
	๗. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ																										
N: NUTRITION	๘. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก																										
	๙. ร้อยละ ๑๐๐ ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย																										
	๑๐. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน																										



	<p>ระดับดี หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑๑-๑๒</p> <p>๑๑. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ</p> <p>๑๒. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)</p> <p>ระดับดีมาก หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีและดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑๓-๑๔</p> <p>๑๓. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน</p> <p>๑๔. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</p> <p>ระดับดีมาก Plus หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑๕-๑๖</p> <p>๑๕. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่</p> <p>๑๖. โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป</p> <p>หรือ</p> <p>โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเอกชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช.รพ. สังกัดกรมวิชาการ จำนวน ๑๙ แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์ และส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ ๑ ครั้ง</p> <p>๓. ศูนย์อนามัยรวบรวมข้อมูลจากจังหวัด วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย เดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน</p>
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./ และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ
รายการข้อมูล ๑	<p>รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑ = รพ. มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN</p> <p>๒ = รพ.มีการประเมินตนเองและมีแผน พัฒนา ตามเกณฑ์ GREEN</p> <p>๓ = ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</p> <p>๔ = รพ.คงสภาพระดับตามเกณฑ์</p> <p>๕ = รพ.พัฒนายกระดับที่สูงขึ้นหรือคงสภาพระดับดีมาก/ดีมาก Plus</p>



รายการข้อมูล ๒	รอบ ๑๒ เดือน ๑ = รพ.พัฒนา ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๒ = รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ๓ = รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดี ๔ = รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ๕ = รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	๑. นางสาวพิทย์ แก้วสนิท รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย โทร. ๐๘ ๙๗๓๓ ๒๓๗๕ E-mail: spkn๒๐@hotmail.com ๒. นางสุนันทา อนุตรพงษ์สกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๙ ๒๒๕๘ ๒๒๒๓ E-mail env_sk@yahoo.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
โรงพยาบาล พัฒนานามัย สิ่งแวดล้อมได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	รพ.ผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ขึ้นไป ร้อยละ ๗๕	รพ.ผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ขึ้นไป ร้อยละ ๖๓	<u>รอบ ๖ เดือน</u> รพ. ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๙๘	รพ. มีการ ประเมิน ตนเอง ตาม เกณฑ์ GREEN	รพ. มีการ ประเมิน ตนเอง และมี แผน พัฒนา ตาม เกณฑ์ GREEN	รพ.พัฒนา ตามแผนที่ กำหนด	รพ. คงสภาพ ระดับ ตาม เกณฑ์	รพ.พัฒนา ยกระดับที่ สูงขึ้นหรือ คงสภาพ ระดับ ดีมาก/ดี มาก Plus
	รพ.ผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ ๓๐	รพ.ผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ ๔๗.๓	<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> รพ.ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๗๕ รพ.ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ ๓๐	รพ. พัฒนา ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	รพ.ผ่าน เกณฑ์ ระดับ พื้นฐาน	รพ. ผ่าน เกณฑ์ ระดับดี	รพ. ผ่าน เกณฑ์ ระดับ ดีมาก	รพ. ผ่าน เกณฑ์ ระดับ ดีมาก Plus



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ตัวชี้วัด	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.
คำนิยาม	รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต. หมายถึง รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินคุณภาพการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว และการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
เกณฑ์เป้าหมาย	รพ.สต. ดำเนินงานตามเกณฑ์ดังนี้ <u>หมวดที่ ๑</u> : การดำเนินงานตามกฎหมาย จำนวน ๒ ข้อ ประกอบด้วย ข้อที่ ๑ มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕ ข้อที่ ๒ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐานสิ่งแวดล้อมไทย (HAS) (ประเมินผลแบบผ่าน หรือไม่ผ่าน โดยต้องดำเนินการให้ผ่านทั้ง ๒ ข้อ) <u>หมวดที่ ๒</u> : การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๕ ข้อ ประกอบด้วย ข้อที่ ๓ การจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะและนำไปใช้กำจัดอย่างถูกต้อง ข้อที่ ๔ การจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร ข้อที่ ๕ การจัดการสภาพแวดล้อมภายในสถานที่ทำงาน ข้อที่ ๖ มาตรการประหยัดพลังงาน ข้อที่ ๗ การจัดระบบน้ำอุปโภค บริโภค (ประเมินผลแบบคำนวณคะแนน โดยมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ต้องดำเนินการให้ได้ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป หรือ ๑๖ คะแนนขึ้นไป)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต. ในจังหวัดสงขลา จำนวน ๑๗๕ แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รพ.สต. ประเมินตนเอง พัฒนาคตามเกณฑ์ ๒. คณะกรรมการระดับอำเภอ จังหวัด ประเมิน รพ.สต.บันทึกในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ๓. สสจ./สสอ. รวบรวม วิเคราะห์
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
รายการข้อมูล ๑	A = รพ.สต.ที่ผ่านการประเมิน
รายการข้อมูล ๒	B = รพ.สต. ทั้งหมดของอำเภอนั้น
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	๑. นางสุนันทา อนุตรพงษ์สกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๙ ๒๒๕๘ ๒๒๒๓ E-mail env_sk@yahoo.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด		เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ ๖๒	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๖๓	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.	-	-	รอบ ๖ เดือน รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ ๕๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๒๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๓๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๔๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐
			รอบ ๑๒ เดือน รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ ๑๐๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐

