



คู่มือ

**นิเทศ ติดตาม และประเมินผล
การดำเนินงานสาธารณสุข
ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)
จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีกรอบแนวคิดของการบริหารงาน ที่เน้นการทำงานมุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยการจัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนดำเนินงานอย่างเป็นระบบให้สอดคล้อง เชื่อมโยงกับนโยบายและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ จากนโยบายรัฐบาลจนถึงยุทธศาสตร์ส่วนราชการ นำไปสู่การดำเนินงาน ที่สอดคล้องกันทุกระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้ดำเนินงานตามนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ถ่ายทอดนโยบายไปยังพื้นที่ และกำหนดให้มีการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP) ปีละ 2 ครั้ง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จึงได้จัดทำคู่มือนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP) โดยกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญและเกณฑ์การให้คะแนน เป็นการวัดระดับการพัฒนาของแต่ละหน่วยงาน และขอขอบคุณคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับจังหวัด ในการพิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัดและร่วมจัดทำคู่มือนิเทศ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขระดับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ตลอดจน จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน ต่อไป

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
1 ธันวาคม 2568

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ค
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2569	3
ยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569)	7
ตัวชี้วัดนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	21
ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน	27
K101 คະແນນເຈລິຍາສໍາເລັດສໍາເລັດການດູແລເພີງຕັ້ງຮຽກຮ້ອງແລະເພີງຫຼັງຫຼອດ	29
K102 คະແນນເຈລິຍາຄຸນນະພາບການດູແລອາຫານທາງແຮງກັດ	33
K103 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	42
K104 เด็กอายุ 0 - 5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน	47
K105 คະແນນເຈລິຍາຄຸນນະພາບການເຜົາຮ່ວງແລະສົ່ງເສີມສຸຂະພາບເດັກວິຊາຮຽນ	50
K106 คະແນນສໍາເລັດສໍາເລັດຂອງປະຊາກອນວຽກງານອາຍຸ 19-59 ປີ ທີ່ມີຄ່າ BMI ເກີນເກມທ໌ ມາດຮູ້ມາດ ດ້ານການປັບຜິດຊອບສຸຂະພາບ ແລະມີຄ່າ BMI ລຽດ	56
K107 คະແນນສໍາເລັດສໍາເລັດຂອງການສົ່ງເສີມສຸຂະພາບຜູ້ສູງອາຍຸ ບໍ່ມີພາວະພິ່ງພິ່ງ	62
K108 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็ก 0-5 ปี	67
K109 ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	70
K110 ຮະດັບຄະແນນສໍາເລັດສໍາເລັດຂອງອໍາເກອໃນການດໍາເນີນງານຄວາມຮອບຮູ້ດ້ານສຸຂະພາບໃນການປ້ອງກັນໂຣກ Stroke, Pneumonia ແລະພາວະຕິດເຊື້ອໃນກະແສເສື້ອດ	73
K111 การตรวจคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	80
K112 ร้อยละสตรีอายุ 30-≤60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (สะสมผลงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 - 2572)	92
K113 ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test	94
K114 การดำเนินงานการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในกลุ่มประชากร ที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535	96
K115 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ลดลง (ช่วง 1-18 ปี)	105
K116 อໍາເກອທີ່ຜ່ານເກມທ໌ຄຸນນະພາບການພັດທະນາຄຸນນະພາບຊີວິດຮະດັບອໍາເກອ Plus (ພອ. Plus)	110
K117 คະແນນສໍາເລັດສໍາເລັດຂອງອໍາເກອໃນການດໍາເນີນງານຕໍາບລຳຈັດການສຸຂະພາບທີ່ເໝາະສົມໃຫ້ກັບປະຊາກອນ	114

	หน้า
K118 การแก้ปัญหา ลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น	119
K119 โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	124
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมีประสิทธิภาพประชาชนเข้าถึง ระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม	129
K201 ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง	131
K202 1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัด ขอนแก่นเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ 2) ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง (SMI-V)	135
K203 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมี คุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	139
K204 คะแนนความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและ การบริหารจัดการเชื้อดื้อยาระดับอำเภอ (RDU District & AMR)	141
K205 คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค	147
K206 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	154
K207 ความสำเร็จของการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	157
K208 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired	162
K209 ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	167
K210 ระดับการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และ มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบ Telemedicine	172
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มี ส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ	189
K301 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลัก และสมรรถนะรอง	191

	หน้า
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล	197
K401 จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัลและมีความ มั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์	199
K402 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน	203
K403 โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ	208
K404 ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อ ยอนนำไปแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น	214
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และ แพทย์แผนไทย	219
K501 ระดับคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมี ส่วนร่วมระดับอำเภอ	221
ภาคผนวก	226
คณะทำงานจัดทำเอกสาร	227

**นโยบาย
กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2569**

**นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
นายพัฒนา พร้อมพัฒน์**

“น้อมนำการพัฒนางานสาธารณสุข ตามแนวพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ”



- 01 “30 บาท รักษาทุกที่” และ “ฟอกไตฟรี ได้ทุกแห่ง”**
 - ใช้บัตรประชาชนใบเดียว • Telemedicine ทุ ก ส.พ.ศ. • ฉายแสงมะเร็งครอบคลุมทุกที่ • ฟอกไตฟรีทุกแห่ง
- 02 “รอบรู้ เพื่ออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต”**
 - รอบรู้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง • ตระหนักถึงสถานะสุขภาพตนเอง • รอบรู้วิธีแก้ปัญหาสุขภาพ
- 03 “หมอไม่ลา ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการผ่านเทคโนโลยี”**
 - Super App • ปัญญาประดิษฐ์ AI • ERP บริหารเชิงยุทธศาสตร์ • CRM ติดตามความพึงพอใจ
- 04 “เครื่องยนต์ทางเศรษฐกิจใหม่ ของประเทศ ด้วยการแพทย์มูลค่าสูง”**
 - การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ • การแพทย์แม่นยำ • ผลิตภัณฑ์ยาเพื่อการบำบัดรักษาขั้นสูง (ATMPs)
- 05 “ขวัญกำลังใจบุคลากร”**
 - เพิ่มค่าตอบแทนตามภาระงาน • เพิ่มผู้ช่วยบุคลากร • แก้ไขโครงสร้าง/กฎหมาย

QR Code

การประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 Ver17

**นโยบายรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
นายวรโชติ สุกนธ์ขจร**

“น้อมนำการพัฒนางานสาธารณสุข ตามแนวพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ”



- 01 อสม.** “บุสต์ อสม. ผู้ช่วยสาธารณสุข ยกระดับเพื่อสวัสดิการที่ยั่งยืน”
 - พัฒนา “อสม.” ผู้ช่วยสาธารณสุข/ผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้สูงวัย
 - ผลักดัน ร่าง พรบ.อสม. 7 ฉบับ
 - กองทุน สวัสดิการ อสม. สร้างหลักประกันรายได้-สวัสดิการ
 - บริหาร คน-งาน-เงิน-ข้อมูล ด้วย AI
- 02 ปราบปราม** “ปราบปราม โปร่งใส ปลอดภัย เพื่อสุขภาพคนไทยทุกมิติ”
 - ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์
 - อาหาร/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย
 - การกระทำผิด กฎหมาย ระเบียบ มาตรฐาน วิชาชีพ
 - โฆษณา-การหลอกลวง
- 03 แรงงาน** “เร่งรัดให้แรงงานต่างชาติ/ต่างด้าวซื้อประกันสุขภาพลดภาระประเทศ”
 - ให้แรงงานต่างชาติ ซื้อระบบประกันสุขภาพลดภาระงบประมาณรัฐ
 - ควบคุม ป้องกันโรค โดยเพิ่มระบบตรวจสุขภาพและฐานข้อมูลแรงงานต่างชาติ อย่างโปร่งใส

QR Code

การประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2568_Ver6

การขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2569 นพ.สมฤกษ์ จิงสมาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

“สานต่อ วาระรากฐาน ร่วมพัฒนา เพื่อระบบที่แข็งแกร่ง”

1. เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพ เชิงพื้นที่ ลดเหลื่อมล้ำ

- 1.1 One Region-One Province-One Hospital บริหารทรัพยากรระหว่าง สภ. ในระดับเขต ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล บริหารกำลังคน
- 1.2 ยกระดับความเป็นเลิศด้านบริการ (Service Excellence) พัฒนาบริการเฉพาะทาง มีศูนย์ความเป็นเลิศทุกเขตสุขภาพ เพิ่มทางเลือกการเข้ารับบริการ ฟรีเยี่ยมคลินิก
- 1.3 เพิ่มประสิทธิภาพการบริการปฐมภูมิ ให้ประชาชนทุกคนมีหมอประจำตัว
- 1.4 เสริมสร้างความพร้อมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เสริมศักยภาพบุคลากร ด้านการบริหารจัดการ บุคลากรหน่วยงาน ลดความทับซ้อน
- 1.5 เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่กึ่งชน พัฒนา Mini Clinic Telemedicine เสริมการเข้าถึงบริการระดับทุติยภูมิ พัฒนาการบริหารจัดการในภาพรวมทั้งระบบ

2. สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรง

- 2.1 ส่งมอบความแข็งแรงกาย-ใจ เด็กพัฒนาการสมวัย วัยเรียน วัยรุ่น IQ EQ ดี ทำงานหนักอดทนสุขภาพที่ดี ลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ มีระบบดูแลสุขภาพระยะยาว
- 2.2 ยกระดับการควบคุมป้องกัน NCDs เชิงบูรณาการ เพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ เช่น สิทธิประโยชน์ภาษี สำหรับผู้มีพฤติกรรมสุขภาพดี
- 2.3 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น ระบบบำบัดน้ำเสีย ลดการปล่อย คาร์บอนในหน่วยบริการสุขภาพ พัฒนาการเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม



3. เพิ่มขีดความสามารถ นวัตกรรมทางการแพทย์และ สาธารณสุข ดิจิทัลสุขภาพ ระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ

- 3.1 พัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว สร้างคลังข้อมูลสุขภาพขนาดใหญ่ของประเทศ
- 3.2 พัฒนา Telemedicine นวัตกรรม ปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ สนับสนุนการวิจัยและการผลิต ATMPs
- 3.3 พัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine)

4. เพิ่มมูลค่าเชิงเศรษฐกิจสุขภาพ

- 4.1 เพิ่มมูลค่าบริการสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สมุนไพรไทย การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อุตสาหกรรมสุขภาพ คลินิกแพทย์แผนไทยร่วมสมัย
- 4.2 ผลิตและพัฒนา Prof. Caregiver และนวดไทย
- 4.3 ส่งเสริมวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ

5. บุคลากรมีขวัญ กำลังใจ และคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

- 5.1 บริหารจัดการกำลังคนที่ล่องตัว ลดข้อจำกัด ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ แนวปฏิบัติ ผลักดัน ร่าง พรบ.ก.สธ.
- 5.2 บริหารจัดการกำลังคนในเขตสุขภาพ เพิ่มการกระจาย สร้างแรงจูงใจ รักษาบุคลากรคุณภาพในพื้นที่
- 5.3 สร้างเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงาน สวัสดิการ ความก้าวหน้า สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย





แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

PP & P EXCELLENCE

3 แผนงาน 4 โครงการ 9 ตัวชี้วัด

1) พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

มารดาตาย พัฒนาการสมวัย HL สุขภาพ HL อุบัติเหตุใหม่ฯ
ชุมชนสุขภาพ

2) ป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

DM/HT RTI MMR2

3) บริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

GCHC

SERVICE EXCELLENCE

4 แผนงาน 14 โครงการ 16 ตัวชี้วัด

4) พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ)

1) พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ปฐมภูมิ

2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

Stroke TB ทรมาตาย แผนไทย ช่างตีตตาย STEMI

ยาเสพติด Common Diseases ยาเสพติด/ SMI-V/ community-acquired/ มะเร็ง/ CKD stage 5/ บริจาคอวัยวะ

3) พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

แพทย์ฉุกเฉิน

4+1
EXCELLENCE

12 27 36
แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด

PA

PEOPLE EXCELLENCE

1 แผนงาน 1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด

1) การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
บริหารจัดการกำลังคน

HEALTH RELATED -
ECONOMY EXCELLENCE

1 แผนงาน 2 โครงการ 3 ตัวชี้วัด

1) อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยว
เชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

ท่องเที่ยวสุขภาพ อุตสาหกรรมการแพทย์

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

GOVERNANCE EXCELLENCE

3 แผนงาน 6 โครงการ 7 ตัวชี้วัด

1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
Cyber Security

2) การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
ITA HA RLU

3) บริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

compliance rate UHC วิกฤติทางการเงิน

เป้าหมาย สร.68

ผลสัมฤทธิ์ สร. 68

SKPI 68

SDGs

คณะกรรมการอำนวยการกำหนดประเด็นและติดตามผลตรวจราชการ

คณะอนุกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลตรวจราชการ

องค์ประกอบแต่ละคณะ:
ประธาน : ผู้ตรวจราชการ
รอง ป.ร. : สาธารณสุขนิเทศก์
เลขาฯ : ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ
ผู้ช่วยเลขาฯ : หัวหน้ากลุ่มตรวจฯ



**ยุทธศาสตร์สุขภาพ
จังหวัดขอนแก่น**

พ.ศ. 2569

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570)
(ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569)

ทิศทางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2566 - 2570 ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายสูงสุดของยุทธศาสตร์ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ รายละเอียดดังต่อไปนี้

วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ระบบบริการได้มาตรฐาน คนขอนแก่นมีสุขภาพที่ดี”

กำหนดนิยามของวิสัยทัศน์ไว้ดังนี้

องค์กรหลัก หมายถึง

- 1) กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยกำหนดที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 5 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ไม่ให้ประชาชนเจ็บป่วย (P&P Excellence) การจักระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence) การพัฒนาคน (People Excellence) ระบบบริหารจัดการที่มีคุณธรรม (Governance Excellence) และส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย (Health – Related Economy Excellence)
- 2) นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนการพัฒนาสุขภาพของจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน มีความเข้มแข็งเชื่อมโยงในทิศทางเดียวกับการพัฒนาประเทศ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และความต้องการทางสุขภาพของประชาชน ภาคีทุกภาคส่วน และเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ และร่วมพัฒนาระบบการบริการสุขภาพในทุกระดับให้เติบโตอย่างต่อเนื่อง

ระบบบริการได้มาตรฐาน หมายถึง

- 1) ระบบการบริการสุขภาพในทุกระดับของจังหวัดขอนแก่นมีคุณภาพ มาตรฐาน มีเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย บุคลากรทางการแพทย์มีความเชี่ยวชาญ และมีความพร้อมในการพัฒนาเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในระดับภูมิภาคที่มีความเป็นเลิศ เพื่อหนุนเสริมการพัฒนาจังหวัดทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคง สิ่งแวดล้อม และการเติบโตของเมืองสู่เมืองนานาชาติในอนาคต
- 2) ประชาชนเชื่อมั่น และวางใจในศักยภาพทางการแพทย์ เข้าถึงบริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย ไร้รอยต่อ สถานบริการสุขภาพทุกระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการบริการ มีความเข้าใจ เข้าถึงในความต้องการของประชาชน ประชาชนพึงพอใจในบริการและเข้าใจในผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการมีความสุข และความภาคภูมิใจในการกิจสุขภาพเพื่อประชาชน

คนขอนแก่นมีสุขภาพที่ดี หมายถึง

- 1) ประชาชนมีความตื่นรู้ ตระหนัก และเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี มีทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนของตนเองได้ มีจิตอาสาทางสุขภาพ สามารถสร้างระบบการจัดการสุขภาพของชุมชนให้เข้มแข็ง ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง และมีพันธสัญญาในการสร้างชุมชนสุขภาพที่ดี

- 2) ปัญหาสุขภาพของประชาชนในโรคที่ป้องกันได้ด้วยตนเองและพลังชุมชนลดลงอย่างต่อเนื่อง ภัยคุกคามทางสุขภาพได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ และมีมาตรฐานที่ดี เกิดชุมชนต้นแบบความสำเร็จในทุกตำบล และขยายตัวอย่างต่อเนื่อง
- 3) ค่านิยมทางสุขภาพของประชาชนได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประชาชนเกิดมุมมองชีวิตทางสุขภาพการมีสุขภาพดีเป็นวิถีชีวิตของชุมชน ประชาชน และประสบความสำเร็จในการสร้าง ชุมชนที่เข้มแข็งทางวัฒนธรรมสุขภาพในระดับประเทศ

พันธกิจ

- 1) สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- 2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
- 3) พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะ มีความสุขในการทำงาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ
- 4) พัฒนาระบบบริหารจัดการให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล
- 5) ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย

ประเด็นยุทธศาสตร์

- 1) สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
- 2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
- 3) พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ
- 4) การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล
- 5) ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

เป้าประสงค์ที่ 1 ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมียุทธศาสตร์สุขภาพที่เหมาะสม

เป้าประสงค์ที่ 2 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

เป้าประสงค์ที่ 3 ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม

เป้าประสงค์ที่ 4 ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ

เป้าประสงค์ที่ 5 ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วน
ในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 6 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการ
พัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ 7 เทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ
และบริหารจัดการ

เป้าประสงค์ที่ 8 หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ 9 มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้
กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย

เป้าประสงค์ที่ 10 ประชาชนและนักท่องเที่ยวได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและบริการ รวมถึง
เพิ่มมูลค่าสินค้าและบริการทางสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่นระยะ 5 ปี พ.ศ.2566 - 2570 (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ 2569)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
<p>1. สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน</p>	<p>1. ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมียุทธศาสตร์สุขภาพที่เหมาะสม</p>	<p>1. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 19-59 ปีมี BMI เกินได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี BMI ลดลง</p> <p>2. ระดับคะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke, Pneumonia และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด</p>
	<p>2. ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน</p>	<p>3. จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Plus (พขอ. Plus)</p> <p>4. ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>5. ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงตีรูปร่างสมส่วน</p> <p>6. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงตีรูปร่างสมส่วน</p> <p>7. ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care และเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>8. อัตราตายมารดา</p> <p>9. อัตราตายทารกแรกเกิด</p> <p>10. ร้อยละผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>11. ร้อยละสตรีอายุ 30-60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV - DNA Test</p> <p>12. ร้อยละของประชาชนอายุ 50-70 ปี (รายใหม่) กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ ไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test</p> <p>13. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p> <p>14. อัตราความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
1. สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และ คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (ต่อ)		15.1 อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง 15.2 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง 16. ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)
	3. ระบบคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ	17. จำนวนโรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital Challenges ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม	4. ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิชั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ	18. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ 19. ร้อยละประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง 20. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร 21. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด (Community - Acquired) 22. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 23. ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ภายใน 6 เดือน 24. อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง 25. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 26. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 27. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ 28. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้
	5. ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ	29. ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 30. ร้อยละของการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
3. พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะ มีความสุขในการทำงาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วนในการดูแล และจัดการระบบสุขภาพ	6. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทุกกระดับ มีขีดความสามารถในการ พัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ	31. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะ หลักและสมรรถนะรอง (Regulator/กฎหมาย/พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535/ Hard skill/ Soft skill/ AI) 32. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาสมรรถนะ หลักและสมรรถนะรอง
4. การพัฒนาองค์กรสาธารณสุข ให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล	7. มีเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ	33. จำนวนผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น 34. จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล และมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์
	8. หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพ ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน	35. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน 36. จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาศักยภาพเป็นองค์กร สมรรถนะสูง Smart สสอ.
	9. มีการบริหารจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้ กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ	37. จำนวนโรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย	10. ประชาชนและนักท่องเที่ยว ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ และบริการ รวมถึงเพิ่มมูลค่า สินค้าและบริการทางสุขภาพ	38. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพตามเกณฑ์

การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัด กลยุทธ์ และแผนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
 ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมี
 ส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย	
			2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 1 ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม				
1	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปีมี BMI เกินได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมี BMI ลดลง	46.74	< 40	< 35
2	ระดับคะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke, Pneumonia และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	82.06	85	90
เป้าประสงค์ที่ 2 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน				
3	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Plus (พขอ. Plus)	26	26	26
4	ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	69.50	88	88
5	ร้อยละเด็ก 0 - 5 ปี มีส่วนสูงตีรูปร่างสมส่วน	65.49	78	78
6	ร้อยละเด็ก 6 - 14 ปี มีส่วนสูงตีรูปร่างสมส่วน	59.77	≥ 63	≥ 65
7	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care และเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์	99.29	99	99.50
8	อัตราการตายมารดา	11.14	≤13	≤12
9	อัตราการตายของทารกแรกเกิด	3.28	< 2.1	< 2.0
10	ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง	95.32	96	96.50
11	ร้อยละสตรีอายุ 30-60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA (สะสมผลงาน 2568 - 2570 ≥ 80%)	11.26	45	60
12	ร้อยละของประชาชนอายุ 50 - 70 ปี (รายใหม่) กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test	74.37	80	80
13	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	64.57	90	95
14	อัตราการครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด	100	100	100

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย	
			2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 2 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน				
15	15.1 อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ลดลง	7.99	7	8
	15.2 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลง	-0.11	2.5	2.5
16	16. ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	76.90	85	85
เป้าประสงค์ที่ 3 ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ				
17	จำนวนโรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับมาตรฐาน (Standard)	3	2	0
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent)	18	17	18
	ระดับท้าทาย (Challenge)	5	7	8

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึง ระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย	
			2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 4 ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ				
18	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	74.59	95	100
19	ร้อยละประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง	3.64	≤ 1	≤ 1
20	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	7.21	≤ 7.8	≤ 7.5
21	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด (Community - Acquired)	23.14	< 24	< 24
22	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่ต่อประชากรแสนคน	288.57	237	237

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึง ระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม (ต่อ)

เป้าประสงค์ที่ 4 ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ				
23	ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	95.23	98	100
24	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง	≤ ปีที่ผ่านมา	≤ ปีที่ผ่านมา	≤ ปีที่ผ่านมา
25	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	8.17	≥ 22	≥ 23
26	ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	21.19	≥ 22	≥ 22
27	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้	30.01	40	40
28	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้	58.96	60	65
เป้าประสงค์ที่ 5 ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ				
29	ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	100	100	100
30	ร้อยละของการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	-	20	40

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วนใน การดูแลและจัดการระบบสุขภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย	
			2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 6 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ				
31	บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง (Regulator/ กฎหมาย/ พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535/ Hard skill/ Soft skill/ AI)	87.69	90	100
32	บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง	-	80	100

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย	
			2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 7 มีเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ				
33	ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดนำไปแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น	448 (เรื่อง)	วิจัย 400 นวัตกรรม 100	วิจัย 400 นวัตกรรม 100
34	จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัลและมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์	22 แห่ง	26 แห่ง	26 แห่ง
เป้าประสงค์ที่ 8 หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน				
35	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน			
	- รพศ./ รพท.	3	3	3
	- รพช.	18	19	19
	- รพ. ระดับ F3 (ตามเกณฑ์ที่กำหนด)	4	4	4
36	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาศักยภาพเป็นองค์กรสมรรถนะสูง Smart สสอ.ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค	9	15	26

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล (ต่อ)

เป้าประสงค์ที่ 9 มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้ กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ				
37	จำนวนโรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ	21 แห่ง	24 แห่ง	26 แห่ง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย	
			2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 10 ประชาชนและนักท่องเที่ยวได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและบริการ รวมถึงเพิ่มมูลค่าสินค้าและบริการทางสุขภาพ				
38	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพตามเกณฑ์	100	> 95	> 95

ตัวชี้วัด

นิเทศ ติดตาม และประเมินผล

การดำเนินงานสาธารณสุข

ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)

จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

**ตัวชี้วัดนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข
ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569**

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน จำนวน 19 ตัวชี้วัด

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K101	คะแนนเฉลี่ยความสำเร็จการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด	3	ส่งเสริมสุขภาพ
K102	คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด	3	ส่งเสริมสุขภาพ
K103	ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	3	ส่งเสริมสุขภาพ
K104	เด็กอายุ 0 - 5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน	2	ส่งเสริมสุขภาพ
K105	คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน	2	ส่งเสริมสุขภาพ
K106	คะแนนความสำเร็จของประชาชนวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และมีค่า BMI ลดลง	1	ส่งเสริมสุขภาพ
K107	คะแนนความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง	2	ส่งเสริมสุขภาพ
K108	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็ก 0 - 5 ปี	2	ควบคุมโรคติดต่อ
K109	ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	2	ทันตสาธารณสุข
K110	ระดับคะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke, Pneumonia และ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด K110.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke Pneumonia และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด K110.2 ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง Stroke Pneumonia และภาวะ Sepsis	2	ปฐมภูมิฯ
K111	การตรวจคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง K111.1 อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง K111.2 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง K111.3 ร้อยละ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน K111.4 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง K111.5 ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน K111.6 ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	3	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K112	ร้อยละสตรีอายุ 30-≤60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test	3	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K113	ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test	3	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K114	การดำเนินงานการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในกลุ่มประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535	1	ควบคุมโรคติดต่อ
K115	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วง 1 - 18 ปี)	2	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K116	อำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Plus (พขอ. Plus)	1	ปฐมภูมิฯ
K117	คะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	3	ปฐมภูมิฯ
K118	การแก้ปัญหา ลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น	3	พัฒนายุทธศาสตร์ฯ
K119	โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	3	อนามัยสิ่งแวดล้อมฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ
ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม จำนวน 10 ตัวชี้วัด

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K201	ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง	2	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K202	K202.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่นเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ K202.2 ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	2	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K203	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	2	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K204	คะแนนความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการบริหารจัดการเชื้อดีयरระดับอำเภอ (RDU District & AMR)	2	คุ้มครองผู้บริโภคฯ
K205	คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค	2	ควบคุมโรคติดต่อ
K206	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	3	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K207	ความสำเร็จของการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง K207.1 ร้อยละผู้ป่วย DM/ HT นิวโนไต เก๊าท์ ได้รับการคัดกรอง CKD K207.2 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 mL/min/1.73m ² /yr	2	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K208	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด (Community-Acquired)	1	พัฒนาคุณภาพฯ
K209	ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	3	การแพทย์แผนไทยฯ
K210	ระดับการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และมีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบ Telemedicine	2	การแพทย์แผนไทยฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะ มีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ 1 ตัวชี้วัด

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K301	บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง	1	บริหารทรัพยากรบุคคล

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล จำนวน 4 ตัวชี้วัด

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K401	จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัลและมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์	3	สุขภาพดิจิทัล
K402	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน	1	พัฒนาคุณภาพฯ
K403	โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ	2	ประกันสุขภาพ
K404	ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดนำไปแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น	1	บริหารทรัพยากรบุคคล

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย จำนวน 1 ตัวชี้วัด

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K501	ระดับคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอ	2	คุ้มครองผู้บริโภคฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 1

สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค
ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และ
คุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และ
สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วม
จากทุกภาคส่วน

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน												
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน												
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 14 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน												
4. ชื่อตัวชี้วัด	K101 คะแนนเฉลี่ยความสำเร็จการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด												
5. คำนวณน้ำหนัก	3												
6. คำนิยาม	<p>ความสำเร็จการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพภาวะที่ดี โดยการได้รับบริการตามมาตรฐาน ระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก มีผลลัพธ์ตามเกณฑ์ ตามคำนิยามดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการฯทั้งหมด โดยต้องฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพหมายถึง มารดาหลังคลอดและทารกในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ อสม. ตามเกณฑ์จำนวน 3 ครั้งดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ครั้งที่ 1 คือเยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรกอายุบุตรไม่เกิน 7 วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 2 คือเยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วันแต่ไม่เกิน 15 วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 3 คือเยี่ยมหลังคลอดตั้งแต่บุตรอายุ 16 วัน แต่ไม่เกิน 42 วัน นับถัดจากวันคลอด 												
7. เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤12 สัปดาห์</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 90</td> </tr> <tr> <td>2.หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์</td> <td>≥ ร้อยละ 75</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	1.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤12 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90	2.หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570										
1.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤12 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90										
2.หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85										
8. วัตถุประสงค์	ส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด เพื่อป้องกันการตายมารดาและทารกจากการตั้งครรภ์และคลอดให้มีประสิทธิภาพ												
9. กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดและลูกทุกราย												
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามแนวทาง 43 แฟ้ม												

11. แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ทุกแห่ง 2. ฐานข้อมูล Health Data Center				
12. รายการข้อมูล	A1 = จำนวนหญิงคลอดตาม B1 ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกและอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงใน 43 แฟ้ม : แฟ้ม ANC) B1 = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	รายการข้อมูล 1 = $(A1/B1) \times 100$ รายการข้อมูล 2 = $(A2/B2) \times 100$				
14. ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
15. เกณฑ์การให้คะแนน					
15.1 เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ					
รายการดำเนินการ					คะแนน
1.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์					50
2.หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์					50
รวม					100
15.2 เกณฑ์การให้รวม คุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดใช้คะแนนผลรวมข้อ 1 - 2 นำมาจัดระดับคะแนน 1 - 5 ตามตาราง					
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ผลคะแนนรวม	< 50	50-59	60-69	70-79	≥ 80
16. วิธีประเมิน	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
17. Small Success					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80		
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)					
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	
1.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	ร้อยละ	71.24	69.80	66.67	
2.หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ	49.42	52.46	47.85	

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางสาวพร สุระเดมิย์กุล	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์มือถือ 081 165 4641	E-mail : samapornrx@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวศิริยา หงษ์ใหญ่	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
เบอร์มือถือ 099 597 3610	E-mail : Aonony.siriya110839@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
เบอร์มือถือ 085 395 6466	E-mail : narinratkaewla@gmail.com
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เบอร์โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 149	เบอร์โทรสาร 0 4322 4037

รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงาน K101 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq 12 สัปดาห์ (50 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
2. คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการฯทั้งหมด โดยต้องฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
3. เกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
4. ผลงาน	
4.1 วิธีรายงาน	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ส่งเข้า HDC ทุกวันที่ 25 ของเดือนถัดไป
4.2 แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/ PP จากแฟ้ม ANC (อายุครรภ์ดูที่ field GA)
4.3 หน่วยจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ รพ.สต.โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์
5. กลุ่มเป้าหมาย	หญิงคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบ
6. การประมวลผล	
6.1 รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนหญิงคลอดตาม B1 ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงใน 43 แฟ้ม : แฟ้ม ANC)
6.2 รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (ข้อมูล 43 แฟ้ม : แฟ้ม Labor)
7. สูตรคำนวณ	$(A1/ B1) \times 100$

8. เกณฑ์การให้คะแนน					
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ $\geq 80 = 50$ คะแนน					
คะแนนเต็ม	10	20	30	40	50
ผลการดำเนินงาน	≤ 64.99	65.00 - 69.99	70.00 - 74.99	75.00 - 79.99	≥ 80

2. ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ (50 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80				
2. คำนิยาม	หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอด และลูกในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรกอายุบุตรไม่เกิน 7 วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วัน แต่ไม่เกิน 15 วัน นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 3 คือ เยี่ยมหลังคลอดตั้งแต่บุตรอายุ 16 วัน แต่ไม่เกิน 42 วัน นับถัดจากวันคลอด หญิงไทยหลังคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง มารดาหลังคลอดในเขตรับผิดชอบและหญิงคลอดผู้มารับบริการ (Type 1 และ 3)				
3. เกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80				
4. ผลงาน					
4.1 วิธีรายงาน	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ส่งเข้า HDC ทุกวันที่ 25 ของเดือนถัดไป				
4.2 แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/ PP จากแฟ้ม Labor และ Postnatal				
4.3 หน่วยจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงานห้องคลอด งานฝากครรภ์ งานหลังคลอด และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง				
5. กลุ่มเป้าหมาย	มารดาและลูกหลังคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบของสถานบริการนั้น ๆ				
6. การประมวลผล					
6.1 รายการข้อมูล 1	A2 = จำนวนหญิงคลอด ตาม B ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ในเวลาที่กำหนด (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม : แฟ้ม Postnatal)				
6.2 รายการข้อมูล 2	B2 = จำนวนหญิงไทยหลังคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในเวลาเดียวกัน (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม : แฟ้ม Labor)				
7. สูตรคำนวณ	$(A2/ B2) \times 100$				
8. เกณฑ์การให้คะแนน					
หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 = 50 คะแนน					
คะแนนเต็ม	10	20	30	40	50
ผลการดำเนินงาน	≤ 64.99	65.00 - 69.99	70.00 - 74.99	75.00 - 79.99	> 80

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ทารก (รพ.ที่มีห้องคลอด)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน																
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน																
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	อัตราการตายทารก ไม่เกิน 3.0 ต่อการเกิดมีชีพพันคน																
4. ชื่อตัวชี้วัด	K102 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด																
5. ค่าถ่วงน้ำหนัก	3																
6. คำนิยาม	<p>คุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด หมายถึง โรงพยาบาลมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดพบภาวะน้ำหนักน้อย และทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนขณะคลอดไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด มีผลลัพธ์ตามเกณฑ์ตามคำนิยาม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่คลอดในระหว่างมารดาอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน 2. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด 3. ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) หมายถึง สภาวะทารกแรกเกิดที่ขาดออกซิเจนที่มีผลการประเมินคะแนน ด้วยการสังเกตสีผิว ซีฟจร อัตราการเต้นของหัวใจ หรือปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นโดยใช้ค่าคะแนน Apgar score ที่ 1 นาที มีค่าน้อยกว่า หรือเท่ากับ 7 คะแนน เป็นเกณฑ์การประเมิน 																
7. เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด</td> <td>≤ ร้อยละ 6</td> <td>≤ ร้อยละ 5</td> <td>≤ ร้อยละ 4</td> </tr> <tr> <td>2. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม</td> <td>≤ ร้อยละ 7</td> <td>≤ ร้อยละ 6</td> <td>≤ ร้อยละ 5</td> </tr> <tr> <td>3. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด</td> <td>25 : การเกิดมีชีพพันคน</td> <td>22 : การเกิดมีชีพพันคน</td> <td>18 : การเกิดมีชีพพันคน</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	1. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด	≤ ร้อยละ 6	≤ ร้อยละ 5	≤ ร้อยละ 4	2. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	≤ ร้อยละ 7	≤ ร้อยละ 6	≤ ร้อยละ 5	3. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด	25 : การเกิดมีชีพพันคน	22 : การเกิดมีชีพพันคน	18 : การเกิดมีชีพพันคน
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570														
1. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด	≤ ร้อยละ 6	≤ ร้อยละ 5	≤ ร้อยละ 4														
2. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	≤ ร้อยละ 7	≤ ร้อยละ 6	≤ ร้อยละ 5														
3. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด	25 : การเกิดมีชีพพันคน	22 : การเกิดมีชีพพันคน	18 : การเกิดมีชีพพันคน														
8. วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบริการคุณภาพตามเกณฑ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม 2. เพื่อลดอัตราการตายและความพิการของทารกแรกเกิด 																
9. กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลและทารกแรกเกิดมีชีพทุกราย																

10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามแนวทาง 43 เพิ่ม 2.ข้อมูลรายงานการคลอดจากแบบรายงานก-2 จากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นทุกระดับ				
11. แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นทุกระดับ 2. ฐานข้อมูล Health Data Center				
12. รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนของหญิงไทยที่คลอดบุตรในช่วงอายุ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วันในโรงพยาบาลทุกระดับ B1 = จำนวนหญิงไทยที่คลอดบุตรทั้งหมดในโรงพยาบาลทุกระดับ				
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมที่คลอดในโรงพยาบาลทุกระดับ B2 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่คลอดในโรงพยาบาลทุกระดับ				
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีภาวะขาดออกซิเจนหลังคลอด ที่คลอดในโรงพยาบาลทุกระดับ B3 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่คลอดในโรงพยาบาลทุกระดับ				
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	รายการข้อมูล 1 = $(A1/ B1) \times 100$ รายการข้อมูล 2 = $(A2/ B2) \times 100$ รายการข้อมูล 3 = $(A3/ B3) \times 1000$				
14. ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
15. เกณฑ์การให้คะแนน					
15.1 เกณฑ์การให้คะแนนรายชื่อ					
รายการดำเนินการ				คะแนน	
1. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด \leq ร้อยละ 5				30	
2. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม \leq ร้อยละ 6				40	
3. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด \leq 22 ต่อการเกิดมีชีพพันคน				30	
รวม				100	
15.2 เกณฑ์คะแนนรวม					
คุณภาพการดูแลอนามัยทารก ใช้คะแนนผลรวมข้อ 1 - 3 นำมาจัดระดับคะแนน 1 - 5 ตามตาราง					
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ผลคะแนนรวม	< 50	50 - 59	60 - 69	70 - 79	\geq 80
16. วิธีการประเมิน	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
17. Small Success ปี 2569					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80		

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)				
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
อัตราตายทารกแรกเกิด	ต่อการเกิดมีชีพพันคน	2.60	3.19	3.51
ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	11.72	8.53	7.65
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ	7.38	8.22	7.29
อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด	ต่อการเกิดมีชีพพันคน	29.75	36.43	31.20

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางสมภาพ สุรเตมีย์กุล	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์มือถือ 081 165 4641	E-mail : samapornrx@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวศิริยา หงษ์ใหญ่	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
เบอร์มือถือ 099 597 3610	E-mail : Aononny.siriya110839@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
เบอร์มือถือ 085 395 6466	E-mail : narinratkaewla@gmail.com
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงาน คະແນນເລື່ອຍຄຸນພາບການດູແລນາມັຍທາງກຳເກີດ

1. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด (30 คະແນນ)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 5
2. คำนิยาม	ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่คลอดในระหว่างมารดาอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน
3. เกณฑ์	ไม่เกินร้อยละ 5
4. ผลงาน	
4.1 วิธีรายงาน	รายงาน 43 แฟ้ม (HDC) โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามแนวทางของงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
4.2 แหล่งข้อมูล	รายงาน 43 แฟ้ม (HDC)
4.3 หน่วยเก็บข้อมูล	ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น
5. กลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดทุกราย
6. การประมวลผล	
6.1 รายการข้อมูล	A1 = จำนวนของหญิงไทยที่คลอดบุตรในช่วงอายุ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วันในปีงบประมาณ (Type 1,3) B1 = จำนวนหญิงไทยที่คลอดบุตรทั้งหมดในปีงบประมาณ (Type 1,3)

6.2 สูตรคำนวณ	$(A1/B1) \times 100$				
7. เกณฑ์การให้คะแนน	ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 5 = 30 คะแนน				
คะแนน	10	15	20	25	30
ผลการดำเนินงาน	> 8.0	7.1 - 8.0	6.1 - 7.0	5.1 - 6.0	≤ 5

2 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (40 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ≤ ร้อยละ 6				
2. คำนิยาม	ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด				
3. เกณฑ์	น้อยกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 6				
4. ผลงาน					
4.1 วิธีรายงาน	รายงาน 43 แห่ง (HDC) โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามแนวทางของงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น				
4.2 แหล่งข้อมูล	รายงาน 43 แห่ง (HDC)				
4.3 หน่วยเก็บข้อมูล	ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น				
5. กลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดทุกราย				
6. การประมวลผล					
6.1 รายการข้อมูล	A2 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (เพิ่ม Newborn) (Type 1,3) B2 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (เพิ่ม Newborn) (Type 1,3)				
6.2 สูตรคำนวณ	$(A2/B2) \times 100$				
7. เกณฑ์การให้คะแนน	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ≤ ร้อยละ 6 = 40 คะแนน				
คะแนน	20	25	30	35	40
ผลการดำเนินงาน	> 9.0	8.1 - 9.0	7.1 - 8.0	6.1 - 7.0	≥ 6

3. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ≤ 22 ต่อการเกิดมีชีพพันคน (30 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ≤ 22 ต่อพันการเกิดมีชีพ				
2. คำนิยาม	ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) หมายถึงสภาวะทารกแรกเกิดที่ขาดออกซิเจน ที่มีผลการประเมินคะแนน ด้วยการสังเกตสีผิว ซีพจร อัตราการเต้นของหัวใจ หรือปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นโดยใช้ค่าคะแนน Apgar score ที่ 1 นาที มีค่าน้อยกว่า หรือเท่ากับ 7 คะแนน เป็นเกณฑ์การประเมินการประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด โดยใช้ค่าคะแนน Apgar score ที่ 1 นาที มีค่าน้อยกว่า หรือเท่ากับ 7 คะแนน เป็นเกณฑ์การประเมิน				
3. เกณฑ์	น้อยกว่า หรือเท่ากับ 22 ต่อการเกิดมีชีพพันคน				

4. ผลงาน					
4.1 วิธีรายงาน	ข้อมูลรายงานการคลอดจากแบบรายงานก-2 จากโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นทุกระดับ				
4.2 แหล่งข้อมูล	รายงานการคลอด ก-2				
4.3 หน่วยเก็บข้อมูล	ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ทุกแห่ง ในจังหวัดขอนแก่น				
5. กลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดทุกราย				
6. การประมวลผล					
6.1 รายการข้อมูล	A3 = จำนวนทารกแรกเกิดที่มีApgar Score ที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ที่คลอดในโรงพยาบาลทุกระดับ B3 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่คลอดในโรงพยาบาลทุกระดับ				
6.2 สูตรคำนวณ	$(A3/B3) \times 1000$				
7. เกณฑ์การให้คะแนน อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ≤ 22 ต่อการเกิดมีชีพพันคน = 30 คะแนน					
คะแนน	30	25	20	15	10
ผลการดำเนินงาน	≤ 22	22.1 - 26.5	26.6 - 31	31.1 - 35.5	> 35.5

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ทารก (รพ.ที่ไม่มีห้องคลอด)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน															
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน															
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	อัตราการตายทารก ไม่เกิน 3.0 ต่อการเกิดมีชีพพันคน															
4. ชื่อตัวชี้วัด	K102 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด															
5. ค่าถ่วงน้ำหนัก	3															
6. คำนิยาม	<p>คุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด หมายถึง โรงพยาบาลมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดพบภาวะน้ำหนักน้อย ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด มีผลลัพธ์ตามเกณฑ์ ตามคำนิยามดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่คลอดในระหว่างมารดาอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน 2. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด 															
7. เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด</td> <td>≤ ร้อยละ 6</td> <td>≤ ร้อยละ 5</td> <td>≤ ร้อยละ 4</td> </tr> <tr> <td>2. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม</td> <td>≤ ร้อยละ 7</td> <td>≤ ร้อยละ 6</td> <td>≤ ร้อยละ 5</td> </tr> </tbody> </table>				ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	1. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด	≤ ร้อยละ 6	≤ ร้อยละ 5	≤ ร้อยละ 4	2. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	≤ ร้อยละ 7	≤ ร้อยละ 6	≤ ร้อยละ 5
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570													
1. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด	≤ ร้อยละ 6	≤ ร้อยละ 5	≤ ร้อยละ 4													
2. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	≤ ร้อยละ 7	≤ ร้อยละ 6	≤ ร้อยละ 5													
8. วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบริการคุณภาพตามเกณฑ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม 2. เพื่อลดอัตราการตายและความพิการของทารกแรกเกิด 															
9. กลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลและทารกแรกเกิดมีชีพทุกราย															
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามแนวทาง 43 แพ้ม															
11. แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นทุกระดับ 2. ฐานข้อมูล Health Data Center 															
12. รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนของหญิงไทยที่คลอดบุตรในช่วงอายุ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วันในปีงบประมาณ B1 = จำนวนหญิงไทยที่คลอดบุตรทั้งหมดในปีงบประมาณ															
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม B2 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด															
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>รายการข้อมูล 1 = $(A1 / B1) \times 100$ รายการข้อมูล 2 = $(A2 / B2) \times 100$</p>															

14. ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
15. เกณฑ์การให้คะแนน					
15.1 เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ					
รายการดำเนินการ					คะแนน
1. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด \leq ร้อยละ 5					50
2. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม \leq ร้อยละ 6					50
รวม					100
15.2 เกณฑ์คะแนนรวม คุณภาพการดูแลอนามัยทารก ใช้คะแนนผลรวมข้อ 1 - 3 นำมาจัดระดับคะแนน 1 - 5 ตามตาราง					
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ผลคะแนนรวม	< 50	50 - 59	60 - 69	70 - 79	≥ 80
16. วิธีการประเมิน	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
17. Small Success ปี 2569					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80	\geq ร้อยละ 80		
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)					
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	
อัตราตายทารกแรกเกิด	ต่อการเกิดมีชีพพันคน	2.60	3.19	3.51	
ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	11.72	8.53	7.65	
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ	7.38	8.22	7.29	
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด					
19.1 ชื่อ-สกุล นางสมพร สุระเดมิย์กุล		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
เบอร์มือถือ 081 165 4641		E-mail : samapornrx@gmail.com			
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวศิริยา หงษ์ใหญ่		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ			
เบอร์มือถือ 099 597 3610		E-mail : Aononny.siriya110839@gmail.com			
19.3 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			
เบอร์มือถือ 085 395 6466		หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			

รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงาน คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด

1. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด (50 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 5				
2. คำนิยาม	ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่คลอดในระหว่างมารดาอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน				
3. เกณฑ์	ไม่เกินร้อยละ 5				
4. ผลงาน					
4.1 วิธีรายงาน	รายงาน 43 แฟ้ม (HDC) โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามแนวทางของงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น				
4.2 แหล่งข้อมูล	รายงาน 43 แฟ้ม (HDC)				
4.3 หน่วยเก็บข้อมูล	ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น				
5. กลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดทุกราย				
6. การประมวลผล					
6.1 รายการข้อมูล	A1 = จำนวนของหญิงไทยที่คลอดบุตรในช่วงอายุ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน ในปีงบประมาณ (Type 1,3) B1 = จำนวนหญิงไทยที่คลอดบุตรทั้งหมดในปีงบประมาณ (Type 1,3)				
6.2 สูตรคำนวณ	$(A1 / B1) \times 100$				
7. เกณฑ์การให้คะแนน	ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 5 = 50 คะแนน				
คะแนน	10	20	30	40	50
ผลการดำเนินงาน	> 8.0	7.1- 8.0	6.1-7.0	5.1-6.0	≤5

2 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (50 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ≤ ร้อยละ 6				
2. คำนิยาม	ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด				
3. เกณฑ์	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6				
4. ผลงาน					
4.1 วิธีรายงาน	รายงาน 43 แฟ้ม (HDC) โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามแนวทางของงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น				
4.2 แหล่งข้อมูล	รายงาน 43 แฟ้ม (HDC)				
4.3 หน่วยเก็บข้อมูล	ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น				
5. กลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดทุกราย				

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และฟันดีไม่มีผุ
4. ตัวชี้วัด	K103 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
5. คำนวณ	3
6. คำนิยาม	<p>เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>เด็กพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 1 หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)* แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก</p> <p>เด็กที่ได้รับการกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 2 หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน</p> <p>เด็กพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)* แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 1 รวมกับเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 2</p> <p>การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2</p>
7. เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1) ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (ตรวจครั้งแรก)</p> <p>2) ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>3) ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 87</p>

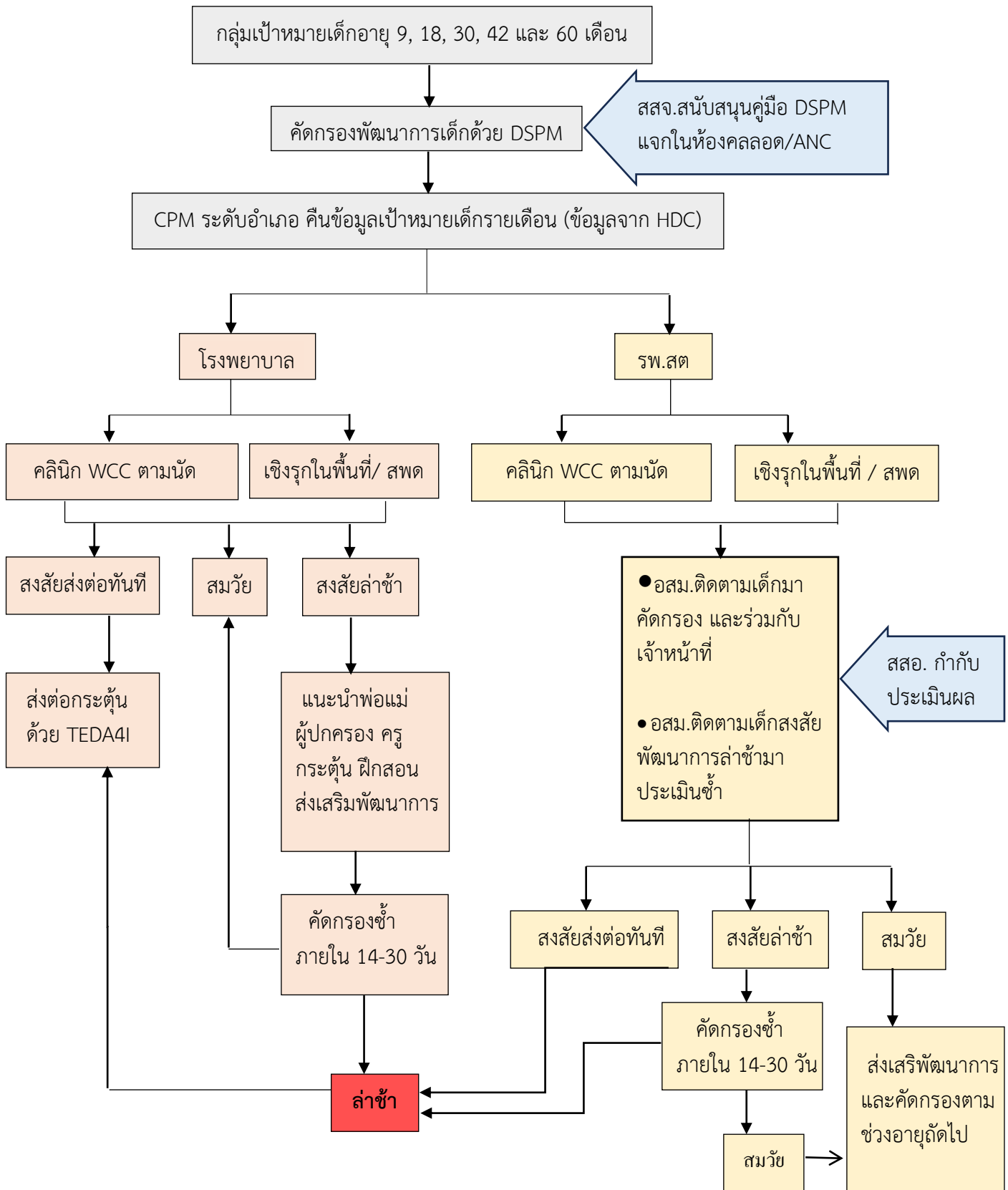
8. วัตถุประสงค์	เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการสมวัย และมีระดับสติทางด้าน เชาว์ปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ดี				
9. กลุ่มเป้าหมาย	เด็กปฐมวัยในจังหวัดขอนแก่น				
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกใน โปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS, HosXP, MyPCU เป็นต้น ส่งออก ข้อมูลตามรายงานมาตรฐาน 43 เพิ่ม				
11. แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง / รพ.สต.ทุกแห่ง/ หน่วยบริการสาธารณสุขทุกสังกัด (ลิงก์ : https://hdc.moph.go.th/kkn/public/standard-report-detail/2238b7879f442749bd1804032119e824)				
12. รายการข้อมูล	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ ทั้งหมด C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการ ติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำภายใน 30 วัน D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ ตามเกณฑ์และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ผลรวมของเด็กที่มีพัฒนาการ สมวัยจากตรวจครั้งที่ 1 และ 2				
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ = $(B/A) \times 100 = \#$ เทียบคะแนน $(\# \times 30)/ 90$ $\# > 90 = 30$ คะแนน 2) ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้ รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ = $(C/D) \times 100 = \#$ เทียบคะแนน $(\# \times 40)/ 90$ $\# > 90 = 40$ คะแนน 3) ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย = $(E/A) \times 100 = \#$ เทียบคะแนน $(\# \times 30)/ 87$ $\# > 87 = 30$ คะแนน				
14. ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
15. เกณฑ์การให้คะแนน					
กระบวนการตามตัวชี้วัดย่อย					คะแนน
1) ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 (ตรวจครั้งแรก)					30
2) ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90					40
3) ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 87					30
ระดับเกณฑ์	คะแนน < 70	คะแนน 70 – 79.9	คะแนน 80 – 89.9	คะแนน ≥ 90 ผ่านเกณฑ์ไม่ครบทุกข้อ	คะแนน ≥ 90 ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ
คะแนน	1	2	3	4	5
16. วิธีการประเมินผล	ผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน HDC				

17. Small Success ปี 2669			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับจังหวัด			
<ul style="list-style-type: none"> - แผน/ โครงการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย - แต่งตั้งคณะกรรมการ ส่งเสริม พัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพ ปี 2569 - CPM ระดับจังหวัดคืน ข้อมูลในเวทีผู้บริหาร - การดำเนินงานตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมคณะกรรมการ ส่งเสริม พัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพ ปี 2569 - ประเมินผลการตนเองตาม เกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน - ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนา ศักยภาพเจ้าหน้าที่ เครือข่าย ที่เกี่ยวข้องการดำเนินป้องกัน ภาวะซีด และทุพโภชนาการ ในเด็กปฐมวัย - ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ยกระดับสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยตามมาตรฐานด้าน สุขภาพ (4D) - การดำเนินงานตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น 	<ul style="list-style-type: none"> - ถอดบทเรียน สรุปผลการ จัดบริการในคลินิกเด็กดี คุณภาพ ในพื้นที่ - ขับเคลื่อนการดำเนินงาน รมรณรงค์คัดกรองพัฒนาการ เด็ก ประจำปี 2569 - เยี่ยมเสริมพลังการ ดำเนินงานในพื้นที่ - การรับรองตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน - การรับรอง สพด.4D 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมคณะกรรมการ ส่งเสริม พัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพ ปี 2569 - สรุปผล การจัดการบริการใน คลินิกเด็กดีคุณภาพ ในพื้นที่ - ผลการดำเนินงานรณรงค์ คัดกรองพัฒนาการเด็ก ประจำปี 2569 - คัดเลือกยกระดับตำบล มหัศจรรย์ 2,500 วัน และ สพด.4D - การรับรองตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน - สรุปผลการดำเนิน โครงการ/แผนงาน ปี 2569
ระดับพื้นที่			
<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 87 - แผนดำเนินงานเพื่อพัฒนา เด็กปฐมวัย - Child project manager (CPM) ระดับอำเภอ ในการ กำกับติดตามและคืนข้อมูล รายหน่วยบริการเป็นราย เดือน/ รายไตรมาส - แผนแนวทางการส่งเสริม การเลี้ยงดูบุตรคุณภาพ - แผนการดำเนินงานตำบล มหัศจรรย์ 2,500 วัน การ ประเมินตนเองทุกตำบล - แผนการดำเนินงานคลินิก WCC - แผนการยกระดับ มาตรฐานสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ (4D) - การดำเนินงานตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 87 - แนวทางแก้ปัญหาพัฒนาการ เด็กปฐมวัยรายบุคคล และ รายกลุ่ม - ตำบลประเมินตนเองตาม เกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน ครบทุกตำบล และมี กระบวนการพัฒนาตาม องค์ประกอบฯ - จำนวนสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยที่ประเมินตนเองและ ครูที่ผ่านหลักสูตรการดูแล เด็กตามมาตรฐานชาติด้าน สุขภาพ และมีกระบวนการ ขับเคลื่อนงาน ยกระดับ มาตรฐานสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ (4D) - ขับเคลื่อนการดำเนินงาน คลินิก WCC ตามมาตรฐาน - การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตามโปรแกรม SA7 จังหวัด ขอนแก่น ทุกอำเภอ - ดำเนินงานรณรงค์คัดกรอง พัฒนาการเด็ก ประจำปี 2569 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 87 - ความก้าวหน้าการดำเนิน กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาเด็กปฐมวัยของ พื้นที่ - ติดตามเยี่ยม ประเมินผล การดำเนินงานคลินิก WCC ตามมาตรฐาน - เยี่ยมเสริมพลัง คัดเลือก Best Practice ตำบล มหัศจรรย์ ๆ และ สพด. มาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) - สะท้อนข้อมูลความพร้อม ของเครื่องมือประเมิน พัฒนาการ ในเวทีการ ประชุมผู้บริหาร - สรุปผลการติดตามสะท้อน ปัญหา อุปสรรค และแผน ปรับกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 87 - ระบบคัดกรองพัฒนาการ และการจัดการแก้ไขปัญหา พัฒนาการ ที่เข้มแข็ง - ตำบล/สถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยต้นแบบ องค์ความรู้ และนวัตกรรมที่พร้อมขยาย ผลในพื้นที่ - ทุกอำเภอผ่านการรับรอง เป็นตำบลมหัศจรรย์ฯ อย่าง น้อย อำเภอละ 3 ตำบล - มีพื้นที่ต้นแบบเนินงาน คุณภาพ ได้แก่ ตำบล มหัศจรรย์ ๆ และ สพด.(4D) - ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อ การส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาเด็กปฐมวัย ต่อเนื่อง

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566 - 2568)					
ตัวชี้วัด	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2566	2567	2568
ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	76.33	ร้อยละ	76.36	76.33	70.10

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
ชื่อ-สกุล : นางวรินทร์รัตน์ ชันธสะอาด	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 149	เบอร์มือถือ 098 532 6551
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

แนวทางการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กปี 2569



จัดทำโดย : งานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K104 เด็กอายุ 0 - 5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน
5. คำนวณน้ำหนัก	2
6. คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ ส่วนสูง</p> <p>สูงดีรูปร่างสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p>
7. เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>2) เด็กอายุ 0 - 5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 78</p>
8. วัตถุประสงค์	เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีการโภชนาการที่ดี การเจริญเติบโตตามวัย รูปร่างสูงดีสมส่วน
9. กลุ่มเป้าหมาย	เด็กปฐมวัยในจังหวัดขอนแก่น
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS, HosXP, MyPCU เป็นต้น ส่งออกข้อมูลตามรายงานมาตรฐาน 43 เพิ่ม
11. แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง/ สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/ รพ.สต.ทุกแห่ง
12. รายการข้อมูล	<p>A) จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ได้รับการคัดกรองชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว/ วัดส่วนสูง มีการเจริญเติบโตสูงดีสมส่วน</p> <p>B) จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ได้รับการคัดกรองชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว/ วัดส่วนสูงทั้งหมด</p> <p>C) จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี ทั้งหมด</p>
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง</p> $= (A/ C) \times 100 = \# \quad \text{เทียบคะแนน } (\# \times 50)/ 90 \quad \# > 90 = 50 \text{ คะแนน}$ <p>2) เด็กอายุ 0 - 5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน</p> $= (A/ C) \times 100 = \# \quad \text{เทียบคะแนน } (\# \times 50)/ 78 \quad \# > 78 = 50 \text{ คะแนน}$
14. ระยะเวลาประเมิน	12 เดือน

15. เกณฑ์การให้คะแนน					
กระบวนการตามตัวชี้วัดย่อย					คะแนน
1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90					50
2) เด็กอายุ 0 - 5 ปี ส่วนสูงตึรู่ปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 78					50
ระดับเกณฑ์	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน ≥ 90 ผ่านเกณฑ์ไม่ครบทุกข้อ	คะแนน ≥ 90 ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ
	< 70	70 - 79.9	80 - 89.9		
คะแนน	1	2	3	4	5
16. วิธีการประเมิน		ผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน HDC และผลงานเชิงคุณภาพ			
17. Small success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ระดับจังหวัด					
<ul style="list-style-type: none"> - แผน/ โครงการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย - แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ปี 2569 - CPM ระดับจังหวัด - ค้นข้อมูลในเวทที่ผู้บริหาร - บูรณาการความร่วมมือการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - การดำเนินงานตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ปี 2569 - ประเมินผลการตนเองตามเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน - ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เครือข่ายที่เกี่ยวข้องการดำเนินป้องกันภาวะซีดและทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย - ขับเคลื่อนการดำเนินงานยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานด้านสุขภาพ (4D) - การดำเนินงานตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น 	<ul style="list-style-type: none"> - ถอดบทเรียน สรุปผลการจัดบริการในคลินิกเด็กดีคุณภาพ ในพื้นที่ - ขับเคลื่อนการดำเนินงานรณรงค์คัดกรองพัฒนาการโภชนาการฯประจำปี 2569 - เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่ - การรับรองตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน - การรับรอง สพด.4D 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมคณะกรรมการส่งเสริม พัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ปี 2569 - สรุปผล การจัดบริการในคลินิกเด็กดีคุณภาพ ในพื้นที่ - ผลการดำเนินงานรณรงค์คัดกรองพัฒนาการ และโภชนาการฯ ประจำปี 2569 - คัดเลือกยกระดับตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน และ สพด.4D - สรุปผลการดำเนินโครงการ/แผนงาน 		
ระดับพื้นที่					
<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 78 - แผนการดำเนินการแก้ไขปัญหาภาวะ เตี้ย ผอม อ้วน ซีดและปฐมวัยรายบุคคล และรายกลุ่ม - สนับสนุนข้อมูลเครื่องมือตรวจประเมินฯได้มาตรฐาน - แผนการยกระดับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพ (4D) - การดำเนินงานตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 78 - แนวทางแก้ปัญหาพัฒนาการภาวะ เตี้ย ผอม อ้วน ซีด เด็กปฐมวัยรายบุคคล และรายกลุ่ม - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ประเมินตนเองและครูผ่านหลักสูตรการดูแลเด็กตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ - มีจำนวนบุคลากร/ครู/ผู้ปกครองได้รับอบรมการเจริญเติบโตและส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมตามวัย - พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ สพด. มาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) - สนับสนุน สพด. นำโปรแกรม Thai School Luch และ Kids Diary ไปใช้ในการจัดเมนูอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 78 - ความก้าวหน้าการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัยของพื้นที่ - เยี่ยมเสริมพลังคัดเลือก Best Practice ตำบลมหัศจรรย์ ฯ และ สพด. มาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) - สรุปผลการติดตามสะท้อนปัญหา อุปสรรคและแผนปรับกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายในรอบ 12 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 78 - ระบบคัดกรอง โภชนาการ การเจริญเติบโต และการจัดการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ - ตำบล/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ องค์ความรู้และนวัตกรรม (Best Practice) ที่พร้อมขยายผลในพื้นที่ - ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยต่อเนื่อง 		

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)

ตัวชี้วัด	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2566	2567	2568
1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	75.10	ร้อยละ	61.14	75.10	74.78
2) ร้อยละของเด็กอายุ 0 -5 ปี สูงดี รูปร่างสมส่วน	64.20	ร้อยละ	67.23	64.20	67.06

19. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด/กลุ่มงาน

ชื่อ-สกุล : นางวรินทร์รัตน์ ชันธสะอาด	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 149	เบอร์มือถือ 098 532 6551
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 1, 2	ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมียุติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K105 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน
5. คำนวณน้ำหนัก	2
6. คำนิยาม	<p>เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี ถึง 14 ปี (เริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปี เต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงเรียน หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ขยายโอกาสและมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3) - สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง + สูง เมื่อเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัยปี 2564 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D ของส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ - สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัยปี 2564 มีค่าระหว่าง +1.5 S.D ถึง -1.5 S.D ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง - เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ + ค่อนข้างสูง + สูงและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน - ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > +2 S.D.ขึ้นไป - ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน - ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D <p>กระบวนการ - เด็ก 6 - 14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง (ความครอบคลุม \geq ร้อยละ 80)</p> <p>ผลลัพธ์ - ร้อยละเด็ก 6 - 14 ปี มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน (\geq ร้อยละ 63)</p>
7. เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 63
8. วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและให้การดูแลรักษาที่ครอบคลุม หากพบภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อดูแลรักษาที่ครอบคลุม หากพบภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อที่เหมาะสม 2. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนขับเคลื่อนโรงเรียน สถานศึกษาทุกระดับ ให้จัดบริการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนตามเกณฑ์มาตรฐาน
9. กลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียน อายุ 6 - 14 ปี ในโรงเรียนทุกสังกัด (โรงเรียนประถมศึกษา, โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส,มัธยมศึกษา (ม.1 - ม.3)

10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยเทคนิค 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 47.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 160.5 เซนติเมตร</p> <p>2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ PCU จากโรงพยาบาลนำเข้าข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูงของเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการทุกแห่ง เช่น JHCIS, HosXP, MyPCU เป็นต้น และส่งออกแฟ้มข้อมูลงานโภชนาการ (แฟ้ม Nutrition) ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม)</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเกิน 1 ครั้ง/เทอม จะยึดค่าน้ำหนัก และส่วนสูงครั้งสุดท้ายของเทอม - 1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ทั้ง 2 เทอม จะนับให้เทอมละ 1 ครั้ง - ข้อมูลเป้าหมายเด็ก 6 - 14 ปี จากฐานข้อมูล EDU STATISTICS khonkaen
11. แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูล จาก HDC Datacenter แฟ้ม โภ ช น า ก า ร (แฟ้ม NUTRITION) (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ)
12. รายการข้อมูล	
12.1 ตัวชี้วัดที่ 1	<p>A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6 - 14 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก</p> <p>B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6 - 14 ทั้งหมด</p> <p>$(A / B) \times 100$</p>
12.2 ตัวชี้วัดที่ 2	<p>A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6 - 14 ปี ที่มีส่วนสูงในระดับดีและรูปร่างสมส่วน</p> <p>B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6 - 14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด</p> <p>$(A / B) \times 100$</p>
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 1 + ตัวชี้วัดที่ 2 = คะแนนรวม
14. ระยะเวลาดำเนินการ	<p>- ข้อมูลภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2568 บันทึกข้อมูลเข้าระบบ HDC ภายใน 28 กุมภาพันธ์ 2569</p> <p>พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., ก.พ. ส่วนกลาง จะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 มีนาคม 2569</p> <p>- ข้อมูลภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2569 บันทึกข้อมูลเข้าระบบ HDC ภายใน 31 กรกฎาคม 2569</p> <p>พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลาง จะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2569</p>

15. เกณฑ์การให้คะแนน					
เกณฑ์คะแนน CUP					
ตัวชี้วัดที่	คะแนนเต็ม	ค่าถ่วงน้ำหนัก			
1	50	50 %			
2	50	50 %			
รวม	100	100%			
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ผลคะแนนรวม	< 58	58 - 67.9	68 - 77.9	78 - 87.9	≥ 88
16. วิธีการประเมิน		(ตามเอกสารแนบท้าย)			
17. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566-2568)					
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง 3 ปี			
		2566	2567	2568	
1. เด็ก 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ	75.69	76.58	99.96	
2. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงตีรูปร่างสมส่วน	ร้อยละ	62.41	60.95	60.55	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2569 - 2570				
	2569 (ร้อยละ)	2570 (ร้อยละ)			
1.เด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน	≥ 63	≥ 65			
2.เด็กอายุ 6 - 14 ปี มีภาวะเตี้ย	≤ 8.5	≤ 8			
3.เด็กอายุ 6 - 14 ปี มีภาวะผอม	≤ 5	≤ 5			
4.เด็กอายุ 6 - 14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	≤ 10	≤ 10			
5.เด็กอายุ 6 - 12 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	≥ 50	≥ 50			
6.ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี เพศชาย	≥ 151 ซม.	≥ 152 ซม.			
7.ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี เพศหญิง	≥ 152 ซม.	≥ 153 ซม.			

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline data) ผลการดำเนินงาน ปี 2568 แยกรายอำเภอ

อำเภอ	ภาคการเรียนที่ 2/ 2567					ภาคการเรียนที่ 1/ 2568				
	เด็กวัยเรียน 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน					เด็กวัยเรียน 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน				
	6-14 ปี	ชั่ง น.น. วัด สส.	ร้อยละ	สูงดี สมส่วน	ร้อยละ	6-14 ปี	ชั่ง น.น. วัด สส.	ร้อยละ	สูงดี สมส่วน	ร้อยละ
เมืองขอนแก่น	26,760	13,087	48.91	8,042	61.45	9,294	13,554	145.84	8,212	60.59
บ้านฝาง	4,537	4,065	89.60	2,196	54.02	4,786	4,003	83.64	2,282	57.01
พระยืน	2,814	3,284	116.70	1,727	52.59	2,157	2,714	125.82	1,497	55.16
หนองเรือ	7,524	5,687	75.58	3,176	55.85	7,702	5,127	66.57	2,877	56.11
ชุมแพ	9,358	10,088	107.80	5,856	58.05	8,021	6,996	87.22	3,756	53.69
สีชมพู	6,813	5,754	84.46	3,503	60.88	7,296	5,173	70.90	3,446	66.62
น้ำพอง	9,604	3,908	40.69	2,560	65.51	6,019	9,979	165.79	5,736	57.48
อุบลรัตน์	3,832	3,599	93.92	2,049	56.93	3,053	3,136	102.72	1,789	57.05
กระนวน	6,743	8,243	122.25	5,623	68.22	6,702	6,572	98.06	3,941	59.97
บ้านไผ่	8,011	4,348	54.28	3,169	72.88	6,835	5,076	74.26	3,654	71.99
เปือยน้อย	1,972	1,569	79.56	932	59.4	1,377	1,901	138.05	852	44.82
พล	7,768	13,043	167.91	7,189	55.12	7,285	13,988	192.01	7,691	54.98
วางใหญ่	2,549	1,534	60.18	826	53.85	2,336	2,012	86.13	1,184	58.85
วางน้อย	3,543	2,566	72.42	1,613	62.86	3,444	2,454	71.25	1,375	56.03
หนองสองห้อง	6,166	4,957	80.39	3,680	74.24	6,831	5,354	78.38	3,519	65.73
ภูเวียง	5,647	5,369	95.08	3,605	67.14	6,676	7,324	109.71	4,808	65.65
มัญจาคีรี	5,733	3,585	62.53	2,094	58.41	5,678	2,988	52.62	1,715	57.4
ชนบท	3,985	3,627	91.02	2,933	80.87	3,531	3,559	100.79	2,737	76.9
เขาสวนกวาง	3,357	3,351	99.82	1,769	52.79	2,116	3,564	168.43	1,723	48.34
ภูผาม่าน	2,118	2,844	134.28	1,847	64.94	2,020	1,399	69.26	786	56.18
ซำสูง	1,969	2,500	126.97	1,711	68.44	1,713	3,040	177.47	2,147	70.63
โคกโพธิ์ไชย	2,240	2,362	105.45	1,119	47.38	1,974	2,266	114.79	1,174	51.81
หนองนาคำ	2,068	589	28.48	297	50.42	2,301	848	36.85	425	50.12
บ้านแฮด	3,737	2,038	54.54	1,422	69.77	2,642	1,108	41.94	712	64.26
โนนศิลา	2,233	2,335	104.57	1,531	65.57	1,978	1,935	97.83	1,272	65.74
เวียงเก่า	1,655	1,265	76.44	732	57.87	1,821	1,299	71.33	757	58.28
รวม	142,736	115,597	80.99	71,201	61.59	115,588	117,369	101.54	70,067	59.77

19. Small success ปี 2569 ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่			
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ขับเคลื่อนการพัฒนา ศักยภาพเด็กวัยเรียน ด้านการศึกษา และ สาธารณสุขตามนโยบาย อเนกมัยวัยเรียนวัยรุ่น สุขภาพกายแข็งแรง สุขภาพจิตเข้มแข็งและ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับมาตรฐาน สากล (GSHPs)	โรงเรียนเข้าร่วม กระบวนการพัฒนา ศูนย์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับมาตรฐานสากล (GSHPs) จำนวน 10 แห่ง	โรงเรียนเข้าร่วม กระบวนการพัฒนา ศูนย์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับมาตรฐานสากล (GSHPs) จำนวน 50 แห่ง	- โรงเรียนเข้าร่วม กระบวนการพัฒนา ศูนย์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับมาตรฐานสากล (GSHPs) จำนวน 100 แห่ง - ร้อยละเด็กอายุ 6 - 14 ปี มีภาวะสูงตีสมส่วน \geq ร้อยละ 63 - ร้อยละเด็ก 6 - 14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง \geq ร้อยละ 80
20. ผู้รับผิดชอบ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด			
20.1 ชื่อ-สกุล นางวรวัลย์ เกษมศรีวิวัฒน์ เบอร์มือถือ 085 155 5510	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : worawalai.k@gmail.com		
20.2 ชื่อ-สกุล นางสาวพรพิมล ผักไหม เบอร์มือถือ 0942913740	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail : pohnpimonpukg@gmail.com		
20.3 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา เบอร์มือถือ 085 395 6466	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ Email : narinratkaewla@gmail.com		
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		

รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงาน

1. เด็ก 6 - 14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (50 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ความครอบคลุมเด็ก 6 - 14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
2. เกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
3. ผลงาน	ระบบรายงาน 43 แห่ง ส่งเข้า HDC
3.1 วิธีรายงาน	
3.2 แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากแฟ้ม NUTRITION (ไม่ใช่กลุ่มเด็กป่วย)
3.3 หน่วยจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงานวัยเรียน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์
4. กลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียน อายุ 6 - 14 ปี ในโรงเรียนทุกสังกัด (โรงเรียนประถมศึกษา, โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส, มัธยมศึกษา (ม.1 - ม.3))
5. การประมวลผล	
5.1 รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6 - 14 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6 - 14 ทั้งหมด				
5.2 สูตรคำนวณ	$(A/ B) \times 100$				
6. เกณฑ์การให้คะแนน					
คะแนนเต็ม	10	20	30	40	50
ผลการดำเนินงาน	≤ 64.99	65.00 - 69.99	70.00 - 74.99	75.00 - 79.99	≥ 80

2. เด็ก 6 - 14 ปี มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 63 (50 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	เด็ก 6 - 14 ปี มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน				
2. เกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 63				
3. ผลงาน					
3.1 วิธีรายงาน	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ส่งเข้า HDC				
3.2 แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC ข้อมูลจากแฟ้ม NUTRITION (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ)				
3.3 หน่วยจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต./ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลศูนย์				
4. กลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียน อายุ 6 - 14 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา, โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส, และโรงเรียนมัธยมศึกษา ทุกสังกัด				
5. การประมวลผล					
5.1 รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6 - 14 ปี ที่มีส่วนสูงในระดับดีและรูปร่างสมส่วน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6 - 14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด				
5.2 สูตรคำนวณ	$(A/ B) \times 100$				
6. เกณฑ์การให้คะแนน					
คะแนนเต็ม	10	20	30	40	50
ผลการดำเนินงาน	≤ 53.99	54.00 - 56.99	57.00 - 59.99	60.00 - 62.99	≥ 63

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน												
2. เป้าประสงค์ที่ 1	ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมียุติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม												
3. ตัวชี้วัดกระทรวง													
4. ชื่อตัวชี้วัด	K106 คะแนนความสำเร็จของประชาชนวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และมีค่า BMI ลดลง												
5. คำนวณน้ำหนัก	1												
6. คำนิยาม	<p>ประชาชนวัยทำงาน หมายถึง ประชาชนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นที่มีอายุ 19 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน จากระบบฐานข้อมูล Health Datacenter (HDC) ทั้งหมด ในรอบปีงบประมาณ 2569</p> <p>ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) หมายถึง ค่าซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม กับส่วนสูงเป็นเมตร หน่วยวัดเป็นกิโลกรัม/เมตร²</p> $\text{สูตรคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)} \times \text{ส่วนสูง (เมตร)}}$ <p>การแปลผลค่าดัชนีมวลกาย ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ค่าBMI</th> <th>< 18.5</th> <th>18.5 - 22.9</th> <th>23 - 24.9</th> <th>25 - 29.9</th> <th>≥ 30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การแปลผล</td> <td>ผอม</td> <td>ปกติ</td> <td>น้ำหนักเกิน</td> <td>อ้วนระดับ 1</td> <td>อ้วนระดับ 2</td> </tr> </tbody> </table> <p>BMI ปกติ หมายถึง ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI ตั้งแต่ 18.5 ถึง 22.9</p> <p>BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป</p> <p>การปรับพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์สู่พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ ด้วยเสาหลักทั้ง 6 ของ LM : Lifestyle Medicine ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การโภชนาการ : อาหารที่หลากหลาย/ ประโยชน์/ ปริมาณเหมาะสม - การออกกำลังกาย : เพิ่มกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต <p>สร้างสัมพันธภาพที่ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลอารมณ์ : รู้ทันจิตใจ/ สมาธิ/ แนวคิดเชิงบวก - การนอน : มีการนอนที่มีคุณภาพ - การหลีกเลี่ยงบุหรี่สุรา - การสร้างสัมพันธภาพที่ดี : ต่อครอบครัวและชุมชน <p>Health Model หมายถึง ตัวอย่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีค่า BMI ลดลง ในรอบปี 2569</p>	ค่าBMI	< 18.5	18.5 - 22.9	23 - 24.9	25 - 29.9	≥ 30	การแปลผล	ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วนระดับ 1	อ้วนระดับ 2
ค่าBMI	< 18.5	18.5 - 22.9	23 - 24.9	25 - 29.9	≥ 30								
การแปลผล	ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วนระดับ 1	อ้วนระดับ 2								

7. เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ทั้งหมด ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ครอบคลุมร้อยละ 60 ขึ้นไป</p> <p>2. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ทั้งหมด ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p> <p>3. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพและมีค่า BMI ลดลง (อำเภอละ 1 ตำบล)</p> <p>4. เกิด Health Model อำเภอละอย่างน้อย 1 คน หรือ 1 กลุ่ม</p>
8. วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ได้รับการประเมินค่า BMI</p> <p>2. เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีค่า BMI ลดลง</p>
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุ 19 ถึง 59 ปี จากระบบฐานข้อมูล Health Datacenter (HDC) ทั้งหมด ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</p>
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>รายงานผลการประเมินภาวะโภชนาการ โดย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ดัชนีมวลกาย จากระบบฐานข้อมูล Health Datacenter (HDC)</p>
11. แหล่งข้อมูล	<p>ระบบฐานข้อมูล Health Datacenter (HDC) * รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย (ลิงก์ : https://hdc.moph.go.th/kkn/public/standard-report-detail/64baebe49ae9f932bdde7660b8ff9d0d)</p>
12. รายการข้อมูล	<p>1. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง</p> <p>A = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทั้งหมด</p> <p>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยามทั้งหมด</p> <p>2. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI ปกติ ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p> <p>A = จำนวนประชากรวัยทำงานตามนิยามที่มีค่า BMI 18.5 ถึง 22.9</p> <p>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยามที่ได้รับการประเมิน BMI ทั้งหมด</p> <p>3. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>A = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป</p> <p>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยามที่ได้รับการประเมิน BMI ทั้งหมด</p> <p>4. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>A = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไปทั้งหมด</p> <p>5. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ แล้วค่า BMI ลดลง</p> <p>A = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ค่า BMI ลดลง</p> <p>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป ที่ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมด</p>

13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ร้อยละ 60 ขึ้นไป</p> <p>A = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทั้งหมด</p> <p>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยามทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณ คือ $A / B \times 100$</p> <p>2. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI ปกติ ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p> <p>A = จำนวนประชากรวัยทำงานตามนิยามที่มีค่า BMI 18.5 ถึง 22.9</p> <p>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยามที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณ คือ $A / B \times 100$</p> <p>3. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ แล้วค่า BMI ลดลง</p> <p>A = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ค่า BMI ลดลง</p> <p>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณ คือ $A / B \times 100$</p>																												
14. ระยะเวลาดำเนินการ	ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569																												
15. เกณฑ์การให้คะแนน																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการ</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>คะแนน</th> <th>หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ประชาชนวัยทำงาน 19-59 ปี ได้รับการประเมิน BMI ในรอบปี 2569</td> <td>ร้อยละ 60 ขึ้นไป</td> <td>1 คะแนน</td> <td>ร้อยละ 50 ขึ้นไป = 0.5 ร้อยละ 60 ขึ้นไป = 1</td> </tr> <tr> <td>2. ประชาชนวัยทำงาน 19-59 ปี มีค่า BMI ปกติ</td> <td>ร้อยละ 50 ขึ้นไป</td> <td>1 คะแนน</td> <td>ร้อยละ 40 ขึ้นไป = 0.5 ร้อยละ 50 ขึ้นไป = 1</td> </tr> <tr> <td>3. การจัดทำแผนงาน/ โครงการ ปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้มี BMI เกิน</td> <td>มีแผนงาน/ โครงการ</td> <td>1 คะแนน</td> <td>ระบบ KOPA หรือเอกสาร ประกอบการนิเทศงาน</td> </tr> <tr> <td>4. ประชาชนวัยทำงานที่ได้ ปรับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ค่า BMI ลดลง</td> <td>BMI ลดลง ร้อยละ 3</td> <td>1 คะแนน</td> <td>BMI ลดลงน้อยกว่า ร้อยละ 3 = 0.5 BMI ลดลง ร้อยละ 3 ขึ้นไป = 1</td> </tr> <tr> <td>5. แบบอย่างผู้มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์</td> <td>1 คนหรือ 1 กลุ่ม</td> <td>1 คะแนน</td> <td>ภาพกิจกรรมหรือผลงาน</td> </tr> <tr> <td>รวม 5 รายการ</td> <td>รวมคะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รายการ	เป้าหมาย	คะแนน	หมายเหตุ	1. ประชาชนวัยทำงาน 19-59 ปี ได้รับการประเมิน BMI ในรอบปี 2569	ร้อยละ 60 ขึ้นไป	1 คะแนน	ร้อยละ 50 ขึ้นไป = 0.5 ร้อยละ 60 ขึ้นไป = 1	2. ประชาชนวัยทำงาน 19-59 ปี มีค่า BMI ปกติ	ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1 คะแนน	ร้อยละ 40 ขึ้นไป = 0.5 ร้อยละ 50 ขึ้นไป = 1	3. การจัดทำแผนงาน/ โครงการ ปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้มี BMI เกิน	มีแผนงาน/ โครงการ	1 คะแนน	ระบบ KOPA หรือเอกสาร ประกอบการนิเทศงาน	4. ประชาชนวัยทำงานที่ได้ ปรับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ค่า BMI ลดลง	BMI ลดลง ร้อยละ 3	1 คะแนน	BMI ลดลงน้อยกว่า ร้อยละ 3 = 0.5 BMI ลดลง ร้อยละ 3 ขึ้นไป = 1	5. แบบอย่างผู้มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์	1 คนหรือ 1 กลุ่ม	1 คะแนน	ภาพกิจกรรมหรือผลงาน	รวม 5 รายการ	รวมคะแนน	5 คะแนน		
รายการ	เป้าหมาย	คะแนน	หมายเหตุ																										
1. ประชาชนวัยทำงาน 19-59 ปี ได้รับการประเมิน BMI ในรอบปี 2569	ร้อยละ 60 ขึ้นไป	1 คะแนน	ร้อยละ 50 ขึ้นไป = 0.5 ร้อยละ 60 ขึ้นไป = 1																										
2. ประชาชนวัยทำงาน 19-59 ปี มีค่า BMI ปกติ	ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1 คะแนน	ร้อยละ 40 ขึ้นไป = 0.5 ร้อยละ 50 ขึ้นไป = 1																										
3. การจัดทำแผนงาน/ โครงการ ปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้มี BMI เกิน	มีแผนงาน/ โครงการ	1 คะแนน	ระบบ KOPA หรือเอกสาร ประกอบการนิเทศงาน																										
4. ประชาชนวัยทำงานที่ได้ ปรับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ค่า BMI ลดลง	BMI ลดลง ร้อยละ 3	1 คะแนน	BMI ลดลงน้อยกว่า ร้อยละ 3 = 0.5 BMI ลดลง ร้อยละ 3 ขึ้นไป = 1																										
5. แบบอย่างผู้มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์	1 คนหรือ 1 กลุ่ม	1 คะแนน	ภาพกิจกรรมหรือผลงาน																										
รวม 5 รายการ	รวมคะแนน	5 คะแนน																											
16. วิธีการประเมิน	คะแนนความสำเร็จตามเกณฑ์																												

17. Small Success ปี 2569

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ประมวลผลข้อมูลกลุ่มเป้าหมายประชาชนวัยทำงานตามนิยาม จาก HDC 2. จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ผู้มีค่า BMI เกินและเลือกพื้นที่เป้าหมาย 3. เลือกพื้นที่ประเมินผลลัพธ์	1. วางแผนการจัดกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้มี BMI เกิน 2. จัดกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานภายใน ระยะเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์	1. จัดกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรสาธารณสุขตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานภายในระยะเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ (ต่อ) 2. ประเมินภาวะโภชนาการ ผู้ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานแล้วได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ดัชนีมวลกาย ครั้งที่ 2 3. ประมวลผลการดำเนินงานภายใน 30 มิถุนายน 2569 4. เลือกบุคคล/ กลุ่มบุคคล ต้นแบบ	สรุปผลการดำเนินงาน

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)

Baseline data (Health Datacenter (HDC))			
ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
เป้าหมาย (คน)	741,772	734,429	727,785
ความครอบคลุม (ร้อยละ)	48.89	42.37	41.46
BMI ปกติ (ร้อยละ)	52.41	48.30	48.40
BMI เกิน (ร้อยละ)	43.19	46.63	46.74

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

19.1 ชื่อ-สกุล : นายสุรัตน์ หินวิเศษ	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์มือถือ 061 087 1928	Email : heavyaiforai@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล : นางลัดดาวัลย์ เทียมกลาง	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์มือถือ 094 289 5424	Email : laddawan6633@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล : นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
เบอร์มือถือ 085 395 6466	Email : narinratkaewla@gmail.com
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลการประเมิน BMI ประชากรวัยทำงาน อายุ 19 - 59 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (จาก HDC) แยกรายอำเภอ

วันที่ประมวลผล :: 1 ธันวาคม 2568

อำเภอ	ประชากร ในเขตรับผิดชอบ อายุ 19-59 ปี	ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง (B)	ร้อยละความ ครอบคลุม	การแปรผลตามค่า BMI									
				ผอม BMI <18.5	ร้อยละ	ปกติ BMI >=18.5 ถึง <23(A)	ร้อยละ	น้ำหนักเกิน BMI >=23 ถึง <25	ร้อยละ	อ้วนระดับ 1 BMI >=25 ถึง <30	ร้อยละ	อ้วนระดับ 2 BMI >=30 ถึง <150	ร้อยละ
เมืองขอนแก่น	200,596	9,483	4.73	507	5.35	4,456	46.99	1,878	19.8	1,884	19.87	758	7.99
บ้านฝาง	20,867	793	3.8	35	4.41	269	33.92	159	20.05	231	29.13	99	12.48
พระยืน	13,762	74	0.54	3	4.05	27	36.49	8	10.81	26	35.14	10	13.51
หนองเรือ	30,173	2,855	9.46	198	6.94	1,076	37.69	556	19.47	709	24.83	316	11.07
ชุมแพ	42,275	5,138	12.15	214	4.17	2,370	46.13	1,155	22.48	1,095	21.31	304	5.92
สีชมพู	29,585	4,393	14.85	185	4.21	2,254	51.31	843	19.19	891	20.28	220	5.01
น้ำพอง	49,588	3,727	7.52	54	1.45	2,869	76.98	357	9.58	331	8.88	116	3.11
อุบลรัตน์	14,563	673	4.62	64	9.51	244	36.26	119	17.68	183	27.19	63	9.36
กระนวน	28,616	769	2.69	35	4.55	358	46.55	169	21.98	161	20.94	46	5.98
บ้านไผ่	43,050	1,810	4.2	110	6.08	894	49.39	336	18.56	336	18.56	134	7.4
เปือยน้อย	11,028	2	0.02	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0
พล	33,441	457	1.37	29	6.35	182	39.82	98	21.44	117	25.6	31	6.78
วางใหญ่	8,254	790	9.57	15	1.9	358	45.32	111	14.05	230	29.11	76	9.62
วางน้อย	19,714	207	1.05	13	6.28	74	35.75	40	19.32	65	31.4	15	7.25
หนองสองห้อง	22,486	416	1.85	21	5.05	191	45.91	90	21.63	86	20.67	28	6.73
ภูเวียง	23,617	1,842	7.8	45	2.44	1,052	57.11	326	17.7	293	15.91	126	6.84
มัญจาคีรี	28,473	4,159	14.61	236	5.67	1,743	41.91	865	20.8	1,041	25.03	274	6.59
ชนบท	19,703	631	3.2	37	5.86	270	42.79	106	16.8	170	26.94	48	7.61
เขาสวนกวาง	13,101	1,206	9.21	57	4.73	397	32.92	264	21.89	345	28.61	143	11.86
ภูผาม่าน	9,764	195	2	18	9.23	109	55.9	31	15.9	31	15.9	6	3.08
ซำสูง	9,047	225	2.49	5	2.22	78	34.67	44	19.56	66	29.33	32	14.22
โคกโพธิ์ไชย	10,475	801	7.65	45	5.62	293	36.58	155	19.35	232	28.96	76	9.49
หนองนาคำ	9,351	107	1.14	7	6.54	42	39.25	19	17.76	26	24.3	13	12.15
บ้านแฮด	13,345	909	6.81	40	4.4	356	39.16	195	21.45	251	27.61	67	7.37
โนนศิลา	8,791	920	10.47	20	2.17	411	44.67	223	24.24	197	21.41	69	7.5
เวียงเก่า	6,406	602	9.4	51	8.47	242	40.2	100	16.61	155	25.75	54	8.97
รวม	720,071	43,184	6	2,044	4.73	20,617	47.74	8,247	19.1	9,152	21.19	3,124	7.23

ตำบลกลุ่มเป้าหมาย K106 คะแนนความสำเร็จของประชาชนวัยทำงานอายุ 19-59 ปี ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์
มาตรฐาน ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และมีค่า BMI ลดลง

อำเภอ	ตำบล			รพ.สต.		
	ชื่อหมู่บ้าน	หมู่ที่	ตำบล	ชื่อหมู่บ้าน	หมู่ที่	ตำบล
เมืองขอนแก่น	ชุมชนการเคหะ	-	ในเมือง	บ้านเหล่าโพหนอง	12	บ้านห้วย
ชุมแพ	ชุมชนกุดชุมแพ	1	ชุมแพ	บ้านขามป้อม	12	ข้าวเรียง
หนองเรือ	บ้านท่าศาลา	8	หนองเรือ	บ้านหนองกุง	4	หนองเรือ
สีชมพู	บ้านบุงเม่น	2	วังเพิ่ม	บ้านหนองทุ่ม	3	หนองแดง
น้ำพอง	บ้านหนองโน	11	น้ำพอง	บ้านจำเริญ	4	บ้านขาม
บ้านไผ่	ชุมชนบ้านข้าพัฒนา	24	บ้านไผ่	บ้านห้วยชัน	5	แคนเหนือ
พล	เทศบาลเมืองเมืองพล	31	เมืองพล	บ้านชัยเจริญ	11	เก่าจั่ว
หนองสองห้อง	บ้านเมย	8	หนองสองห้อง	บ้านหนองบัวแดง	5	ตะกั่วป่า
ภูเวียง	บ้านโพนเพ็ก	7	ภูเวียง	บ้านโนนอุดม	6	นาห้วย
มัญจาคีรี	บ้านหนองหญ้าขาวนก	10	กุดเค้า	บ้านโนนเขวา	6	สวนหม่อน
บ้านฝาง	บ้านฝาง	1	บ้านฝาง	บ้านโคกใหญ่	10	บ้านฝาง
พระยืน	บ้านนาล้อม	3	พระยืน	บ้านโพธิ์ทอง	10	ขามป้อม
อุบลรัตน์	บ้านโคกน้ำเกลี้ยง	5	เขื่อน	บ้านคำบอน	11	โคกสูง
กระนวน	บ้านห้วยเชือก	4	หนองโก	บ้านโป่งแค	6	ห้วยโจด
เปือยน้อย	บ้านเปือย	2	เปือยน้อย	บ้านขามป้อม	1	ขามป้อม
แวงใหญ่	บ้านบะแค	5	แวงใหญ่	บ้านใหม่นาเพียง	1	ใหม่นาเพียง
แวงน้อย	บ้านหนองแวม	13	แวงน้อย	บ้านหนองม่วง	2	ทางขวาง
ชนบท	บ้านศรีบุญเรือง	1	ศรีบุญเรือง	บ้านดอนดุน้อย	10	ศรีบุญเรือง
เขาสวนกวาง	บ้านโนนทอง	5	คำม่วง	บ้านโคกสูง	6	ดงเมืองแอม
ภูผาม่าน	บ้านนาน้ำชา	5	ภูผาม่าน	บ้านเชิญใต้	3	โนนคอม
ชำสูง	บ้านหัวคำ	8	บ้านโนน	บ้านคำแมด	2	คำแมด
บ้านแฮด	บ้านโนนสมบูรณ	6	โนนสมบูรณ	บ้านโนนหัน	8	โนนสมบูรณ
โคกโพธิ์ไชย	บ้านโคก	8	บ้านโคก	บ้านโพธิ์ไชย	6	โพธิ์ไชย
หนองนาคำ	บ้านโคกนาฝาย	10	กุดธาตุ	บ้านขนวน	11	ขนวน
โนนศิลา	บ้านนานิคม	3	โนนศิลา	บ้านสระบัว	6	โนนแดง
เวียงเก่า	บ้านหนองนาคำ	8	เมืองเก่าพัฒนา	บ้านเขาน้อย	8	เขาน้อย

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K107 คะแนนความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง
5. คำนวณน้ำหนัก	2
6. คำนิยาม	<p>1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ตามความ พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>2. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) จากการประเมิน ADL คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ที่สามารถให้การช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นในชุมชน และสังคมได้ พร้อมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพอันพึงประสงค์ และไม่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ</p> <p>3. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขร่วมกับชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุมีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจและได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ 2) ประเมินตนเองตามแนวทางการประเมินเพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ 3) จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 4) นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง 5) หลังจากปฏิบัติตามแผนแล้วประเมินภาวะสุขภาพตนเองหรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ 6) ปรับปรุง/พัฒนาแผนและนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย 7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อเพื่อนสมาชิกชมรม/ กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน 8) เสร็จสิ้นกระบวนการและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อการมีสุขภาพดี <p>4. การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุ และกลุ่มวัย Pre - aging (อายุ 45 - 59 ปี) รวมกลุ่มดำเนินการบริหารจัดการ กองทุนชมรม และร่วมทำกิจกรรม 4 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ด้านสุขภาพ เตรียมความพร้อม ในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ มีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และอยู่ใน สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว</p>

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>5. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลทุกระดับ ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งในระดับเกณฑ์ พื้นฐานและระดับคุณภาพ)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>6. กลุ่มอาการความเสื่อมผู้สูงอายุ Geriatric Syndromes ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ด้านความคิดความจำ 2) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย 3) ด้านการขาดสารอาหาร 4) ด้านการมองเห็น 5) ด้านการได้ยิน 6) ด้านภาวะซึมเศร้า 7) ด้านการกลืนปัสสาวะ 8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) 9) ด้านภาวะสุขภาพช่องปาก <p>7. คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ หมายถึง มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ มาตรฐานกรมการแพทย์ ประกอบด้วยเกณฑ์ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีคลินิกผู้สูงอายุ 2) มีสถานที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก 3) ความเหมาะสมของอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม (3.1) มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/ หน่วยบริการอย่างชัดเจน (3.2) มีประตูและพื้นที่ห้องตรวจกว้างเพียงพอที่จะให้ผู้ที่นั่งรถเข็น เข้ารับบริการได้ (3.3) มีราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่หน้าโรงพยาบาลจนถึงคลินิกผู้สูงอายุ (3.4) มีทางลาดที่ได้มาตรฐานตั้งแต่ด้านหน้าโรงพยาบาลจนถึงคลินิกผู้สูงอายุ (3.5) มีห้องน้ำผู้สูงอายุ/ ผู้พิการบริเวณใกล้ๆ คลินิกผู้สูงอายุ 4) มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำที่คลินิกผู้สูงอายุ 5) มีแพทย์ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ 6) มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมเป็นทีมปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ (แพทย์, พยาบาล, นักกายภาพบำบัด, เภสัชกร, นักสังคมสงเคราะห์, นักจิตวิทยา, นักโภชนาการ, นักวิชาการสาธารณสุข, ฯลฯ) 7) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 8) ความถี่ของการเปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ 9) คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน ADL, IADL 10) คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน GS ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจากประวัติ/ ตรวจ 11) การรับส่งต่อภายในโรงพยาบาล 12) มีการดูแลต่อเนื่อง 13) มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 14) มีนวัตกรรมในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 15) มีการจัดการองค์ความรู้ (KM) 16) มีการวางแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุในอนาคต 17) มีข้อมูลการได้รับวัคซีนของผู้สูงอายุ
-------------------------	---

7. เกณฑ์เป้าหมาย	5 คะแนน
8. วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 3. เพื่อประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และชะลอความเสื่อมผู้สูงอายุ
9. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. อสม. คัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และบันทึกในโปรแกรม Smart อสม. 2. หน่วยบริการสาธารณสุขประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในโปรแกรมบริการหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลเข้า Health Data Center 3. บันทึกข้อมูลการประเมิน ADL และรายงานผลในระบบ Health Data Center
11. แหล่งข้อมูล	<p>Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. https://hdc.moph.go.th/kkn/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151 2. https://hdc.moph.go.th/kkn/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51
12. รายการข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน \geq ร้อยละ 80 2. ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) \geq ร้อยละ 80 3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีภาวะพึ่งพิง $>$ ร้อยละ 96
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อดูแล \geq ร้อยละ 80 $= \frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และได้รับการส่งต่อดูแล}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด}} \times 100$ 2. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) \geq ร้อยละ 80 $= \frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน ADL}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด}} \times 100$ 3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีภาวะพึ่งพิง $>$ ร้อยละ 96 $= \frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนน ADL12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน ADL ทั้งหมด}} \times 100$

14. ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส รายงานผลในระบบ Health Data Center				
15. เกณฑ์การให้คะแนน ผลรวมรายชื่อตัวชี้วัดย่อย 1 - 3 นำมาจัดรวมคะแนน					
คะแนนความสำเร็จตัวชี้วัด					
1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อดูแล \geq ร้อยละ 80	คะแนน 30	สูตรคำนวณคะแนนที่ได้ $= \frac{30 \times \text{ร้อยละผลงานคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน}}{80}$			
เป้าหมายผลงาน	\geq ร้อยละ 80				
2. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) \geq ร้อยละ 80	คะแนน 30	สูตรคำนวณคะแนนที่ได้ $= \frac{30 \times \text{ร้อยละผลงานประเมิน ADL}}{80}$			
ผลงาน	\geq ร้อยละ 80				
3. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีภาวะพึ่งพิง \geq ร้อยละ 96	คะแนน 40	สูตรคำนวณคะแนนที่ได้ $= \frac{40 \times \text{ร้อยละผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง}}{96}$			
ผลงาน	\geq ร้อยละ 96				
เกณฑ์การประเมิน /เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย					
ตัวชี้วัดย่อย		คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้		
1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อดูแล \geq ร้อยละ 80		30			
2. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)		30			
3. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีภาวะพึ่งพิง		40			
รวมคะแนนทั้งหมด		100			
คะแนนนิเทศ CUP ที่ได้	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ผลคะแนนรวม	< 65	65.00 - 74.99	75.00 - 84.99	85.00 - 94.99	\geq 95.00

16. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 4 ปี (ปี 2565 - 2568)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		2565	2566	2567	2568
1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และได้รับการวางแผนสุขภาพดี (Wellness Plan) \geq ร้อยละ 80	ร้อยละ	ร้อยละ 63.29	ร้อยละ 40.62	ร้อยละ 50.49	ร้อยละ 51.05
2. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)	ร้อยละ	ร้อยละ 63.41	ร้อยละ 40.50	ร้อยละ 50.08	ร้อยละ 50.95
3. ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดสังคม) \geq ร้อยละ 96.0	ร้อยละ	ร้อยละ 96.24	ร้อยละ 95.08	ร้อยละ 95.18	ร้อยละ 95.32

17. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

17.1 ชื่อ-สกุล นางอังคณา อึ้งปีติมานะ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์มือถือ 095 652 9922	E-mail: ungpitimana.ang@gmail.com
17.2 ชื่อ-สกุล นางศิริณา โสมนาวัตร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
เบอร์มือถือ 065 954 1695	E-mail: sirinnn.q@gmail.com
17.3 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
เบอร์มือถือ 085 395 6466	Email : narinratkaewla@gmail.com
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด - คางทูม - หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี
4. ชื่อตัวชี้วัด	K108 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็ก 0 - 5 ปี
5. คำนวณน้ำหนัก	2
6. คำนิยาม	<p>วัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง วัคซีนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เด็กทุกคนต้องได้รับตามช่วงอายุ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569) เพื่อป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงที่เป็นปัญหาสำคัญ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) วัคซีนพื้นฐานเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG, HBV1, DTP1, DTP3, HBV3 Hib3, โปลิโอ3, MMR1, IPV, Rota 2) วัคซีนพื้นฐานเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP4, โปลิโอ4, JE 3) วัคซีนพื้นฐานเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน JE, MMR2 4) วัคซีนพื้นฐานเด็กอายุครบ 5 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP5, โปลิโอ5
7. เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุ 0 - 5 ปี แต่ละชนิด ร้อยละ 90 ยกเว้น MMR ร้อยละ 95
8. วัตถุประสงค์	เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคต่าง ๆ ลดโอกาสการป่วย ลดความรุนแรง รวมถึงลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้
9. กลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุ 0 - 5 ปี ตามประชากร Type 1 และ 3 ในทะเบียนราษฎรที่ต้องได้รับวัคซีนพื้นฐานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569)
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วัคซีนพื้นฐานในเด็ก 0 - 5 ปี ในระบบ HIS ของหน่วยบริการ และประมวลผลผ่านระบบ HDC
11. แหล่งข้อมูล	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) (ลิงก์ : https://hdc.moph.go.th/kkn/public/standard-subcatalog/4df360514655f79f13901ef1181ca1c7)
12. รายการข้อมูล	<p>ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในระบบ HIS ของหน่วยบริการ และประมวลผลผ่านระบบ HDC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) วัคซีนพื้นฐานเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG, HBV1, DTP1, DTP3, HBV3 Hib3, โปลิโอ3, MMR1, IPV, Rota 2) วัคซีนพื้นฐานเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP4, โปลิโอ4, JE 3) วัคซีนพื้นฐานเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน JE, MMR2 4) วัคซีนพื้นฐานเด็กอายุครบ 5 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP5, โปลิโอ5

13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุ 0 - 5 ปี</p> <p>คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนเด็ก 0 - 5 ปี type area 1 และ 3 ที่ได้รับการฉีดวัคซีนพื้นฐาน แต่ละชนิดตามช่วงอายุ ครบตามเกณฑ์</p> <p>B = จำนวนเด็ก 0 - 5 ปี type area 1 และ 3 ตามช่วงอายุ ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่ที่รับผิดชอบทั้งหมด</p>				
14. ระยะเวลาประเมินผล	<p>- ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกไตรมาส</p> <p>- ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2569)</p>				
15. เกณฑ์การให้คะแนน	<p>1) ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุ 0 - 5 ปี แต่ละชนิดตามช่วงอายุ ครบตามเกณฑ์ (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90) จำนวน 16 ชนิดวัคซีน (ยกเว้น MMR2) เท่ากับ 4 คะแนน รายละเอียดดังนี้</p> <p>ผ่านตามเกณฑ์ ตั้งแต่ 1 - 4 ชนิดวัคซีน เท่ากับ 1 คะแนน</p> <p>ผ่านตามเกณฑ์ ตั้งแต่ 5 - 8 ชนิดวัคซีน เท่ากับ 2 คะแนน</p> <p>ผ่านตามเกณฑ์ ตั้งแต่ 9 - 12 ชนิดวัคซีน เท่ากับ 3 คะแนน</p> <p>ผ่านตามเกณฑ์ ตั้งแต่ 13 - 16 ชนิดวัคซีน เท่ากับ 4 คะแนน</p> <p>2) ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR2 (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95) เท่ากับ 1 คะแนน</p>				
16. วิธีประเมิน	<p>เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย แยกราย CUP โดยวัดที่การนิเทศประเมินผลฯ รอบที่ 2 เท่ากับร้อยละ 100</p>				
17. Small Success					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	แต่ละชนิดร้อยละ 90 ยกเว้น MMR ร้อยละ 95		
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)					
Baseline data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ		
ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐาน ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี		ร้อยละ	2566	2567	2568
			N/A	N/A	รายละเอียด แนบท้าย
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด					
19.1 ชื่อ-สกุล นางสาวอาริษา สุวรรณเวียง		ตำแหน่ง นักสาธารณสุขปฏิบัติการ			
เบอร์โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 124		เบอร์โทรสาร 0 4322 4037			
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวเอ็มวิกา แสงชาติ		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			
เบอร์มือถือ 098 209 6938		E-mail : s.emviga@gmail.com			
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			

ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุ 0-5 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 แยกราย CUP

CUP	1 ปี										2 ปี			3 ปี		5 ปี	
	%BCG	%HBV1	%DTP1	%DTP3	%HBV3	%Hib3	%Polio3	%MMR1	%IPV	%Rota	%DTP4	%Polio4	%E	%E	%MMR2	%DTP5	%Polio5
กระนวน	96.28	95.21	90.96	88.83	88.56	80.85	83.24	86.97	90.43	81.12	82.26	82.95	87.33	71.94	86.09	71.88	71.69
เขาสวนกวาง	100.00	98.15	95.06	92.59	92.59	89.51	81.48	88.89	93.83	87.65	84.73	84.73	87.19	83.64	91.59	80.99	80.99
โคกโพธิ์ไชย	98.06	93.20	85.44	81.55	81.55	70.87	80.58	81.55	85.44	75.73	89.38	77.88	84.07	82.64	90.91	85.57	77.32
ชนบท	98.04	92.16	84.71	83.53	83.14	68.24	75.69	78.82	83.14	74.51	78.49	78.09	81.67	74.90	92.03	72.17	72.48
ชุมแพ	95.82	96.24	87.47	85.18	85.18	77.24	79.12	85.80	86.22	75.16	87.94	84.42	84.92	77.63	93.19	81.75	79.90
จำสูง	100.00	100.00	99.21	98.43	96.85	98.43	96.85	92.91	98.43	98.43	88.74	88.74	92.72	83.47	95.87	94.61	94.61
น้ำพอง	97.79	95.09	92.38	91.40	91.40	85.26	89.93	84.28	91.40	86.73	74.95	79.47	82.30	72.56	85.12	71.45	78.03
โนนศิลา	99.17	99.17	93.33	94.17	94.17	86.67	93.33	91.67	93.33	92.50	93.29	93.29	91.28	82.25	86.98	76.54	75.93
บ้านไผ่	93.57	94.01	90.69	89.36	88.91	78.94	79.16	85.81	84.04	75.61	85.03	83.18	79.48	67.89	91.67	78.48	78.48
บ้านฝาง	96.67	95.42	95.00	92.92	92.92	89.58	92.50	88.33	91.67	86.67	91.36	91.05	94.14	82.22	89.21	80.73	81.01
เปือยน้อย	97.50	98.33	93.33	87.50	87.50	84.17	80.00	88.33	86.67	80.83	87.20	88.00	92.00	69.77	91.47	73.68	73.03
พระยืน	100.00	100.00	96.20	94.30	94.30	91.77	94.30	91.77	89.24	92.41	85.80	87.57	92.31	84.44	95.00	86.89	87.38
พล	99.77	99.55	90.32	89.19	88.29	76.80	80.63	86.26	90.54	76.13	87.34	83.12	90.08	82.35	90.97	84.51	84.51
ภูผาม่าน	95.65	90.58	92.03	86.96	86.96	78.26	88.41	85.51	88.41	79.71	82.58	83.23	81.94	70.95	87.16	68.33	68.89
ภูเวียง	97.78	96.94	93.89	88.06	88.33	80.83	85.56	84.17	91.11	76.39	84.69	84.94	90.62	78.71	89.14	79.92	79.73
มัญจาคีรี	96.84	83.86	80.35	77.19	77.54	67.37	69.12	76.14	78.60	55.09	73.24	73.52	80.85	67.96	83.53	73.74	73.48
เมือง	99.44	88.97	89.86	81.80	81.56	74.64	78.50	77.46	82.61	74.64	74.05	73.34	79.34	60.03	79.64	67.28	66.87
เวียงเก่า	98.77	97.53	97.53	93.83	93.83	92.59	93.83	93.83	96.30	92.59	86.73	86.73	88.50	80.20	98.02	97.04	97.04
เวียงชัย	100.00	98.22	91.12	87.57	76.92	75.15	85.80	85.21	85.80	79.29	82.95	81.11	88.48	73.53	91.67	76.24	75.89
เวียงใหญ่	89.71	88.97	86.76	88.97	88.24	78.68	84.56	88.97	87.50	56.62	83.33	83.33	68.52	61.18	89.41	73.58	74.09
สิรินธร	99.31	97.94	84.54	85.22	85.22	71.48	82.13	81.79	82.82	77.32	78.16	77.30	82.18	59.09	81.28	62.42	61.97
สีชมพู	98.82	92.94	90.29	89.71	89.12	85.00	80.29	89.41	90.29	77.06	81.59	81.59	89.30	78.54	88.84	80.39	78.81
หนองนาคำ	95.37	94.44	88.89	79.63	79.63	67.59	80.56	82.41	87.04	74.07	79.20	79.20	77.60	68.97	83.45	70.74	71.28
หนองเรือ	96.99	92.82	90.97	90.28	90.28	84.03	89.35	90.05	89.81	84.95	85.77	85.15	88.66	83.51	91.22	79.04	79.41
หนองสองห้อง	96.75	94.97	86.69	88.17	86.98	80.77	88.46	85.50	86.69	72.49	88.80	89.08	89.08	79.08	89.78	79.61	79.61
อุบลรัตน์	98.97	85.05	92.78	92.78	91.75	85.57	80.93	87.11	90.72	78.35	82.76	78.45	88.36	75.90	91.97	77.47	74.74
จังหวัด	97.70	93.79	90.14	87.35	86.84	79.39	82.87	84.57	87.36	77.82	82.22	81.53	85.03	72.89	87.66	75.87	75.82

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และฟันดีไม่มีผุ
4. ชื่อตัวชี้วัด	K109 ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)
5. ค่าถ่วงน้ำหนัก	2
6. คำนิยาม	เด็กอายุ 12 ปี หมายถึง เด็กที่อายุ 12 ปี ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันถาวรในช่องปากปกติ และฟันน้ำนมหรือฟันถาวรผุที่ได้รับการบูรณะด้วยเทคนิควิธีต่างๆ โดยไม่มี ความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะเพิ่มเติมใดๆ อีก
7. เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 85
8. วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดการจัดบริการทันตกรรม การส่งเสริมป้องกัน และควบคุมโรคฟันผุ ในเด็ก 0 - 12 ปี สู่ผลลัพธ์เป้าหมาย เด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ 2. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังโรคฟันผุใน รพ.สต. คลินิกเด็กดี ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน สถานศึกษา
9. กลุ่มเป้าหมาย	เด็ก อายุ 0 - 12 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการทุกระดับนำข้อมูลตรวจสอบสุขภาพช่องปากเด็ก และข้อมูลการให้บริการ ทันตกรรมบันทึกในโปรแกรมบริการของหน่วยงาน อาทิ HosXP, JHCIS, MyPCU เป็นต้น ส่งออกเป็นข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม
11. แหล่งข้อมูล	1. แบบสรุปผลการดำเนินงานกลุ่มเป้าหมาย 2. ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูลตรวจช่องปากจากแฟ้ม DENTAL ข้อมูล กำกับติดตามจากแฟ้ม PROCEDURE_OPD
12. รายการข้อมูล	A = จำนวนเด็กอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่พบฟันผุอุดถอน B = จำนวนเด็กอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) = $A / B \times 100$
14. ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลสภาวะสุขภาพช่องปากภาพรวมเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 1 ครั้ง โดยมีการกำกับติดตามความก้าวหน้าทุกไตรมาส

<p>15. เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<p>รอบที่ 1 คะแนนเต็ม 5 คะแนน</p> <p>พิจารณาคะแนนจากการจัดกระบวนการร่วมกับผลลัพธ์</p> <p>1. มีคำสั่งมอบหมายทันตแพทย์ดูแลการทำงานทันตภิบาลในพื้นที่ 1 คะแนน</p> <p>2. มีแผนงาน/ โครงการของเครือข่ายบริการ CUP และ รพ.สต. 1 คะแนน</p> <p>3. มีผลสรุปวิเคราะห์การดำเนินงานรอบ 4 เดือนแรก 1 คะแนน</p> <p>4. มีผลงานการตรวจช่องปากเด็ก 12 ปี อย่างน้อย ร้อยละ 20 1 คะแนน</p> <p>5. มีผลงานเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ อย่างน้อย ร้อยละ 85 1 คะแนน</p> <p>รอบที่ 2 คะแนนเต็ม 10 คะแนน</p> <p>พิจารณาคะแนนจากการจัดกระบวนการร่วมกับผลลัพธ์</p> <p>1. มีผลสรุปวิเคราะห์การดำเนินงานรอบ 6 เดือนแรก 1 คะแนน</p> <p>2. มีการดำเนินงานและกำกับติดตามงานของ CUP และ รพ.สต. 1 คะแนน</p> <p>3. ผลงานตรวจฟัน คะแนนเต็ม 4 คะแนน</p> <table border="0" data-bbox="587 891 1433 1093"> <tr> <td>ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน</td> <td>ต่ำกว่าร้อยละ 30</td> <td>คะแนน 1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน</td> <td>ร้อยละ 30 - 39.99</td> <td>คะแนน 2</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน</td> <td>ร้อยละ 40 - 49.99</td> <td>คะแนน 3</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน</td> <td>ร้อยละ 50 ขึ้นไป</td> <td>คะแนน 4</td> </tr> </table> <p>4. ผลงานเด็กฟันดีไม่มีผุ คะแนนเต็ม 4 คะแนน</p> <table border="0" data-bbox="587 1160 1433 1361"> <tr> <td>ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ</td> <td>ต่ำกว่าร้อยละ 75</td> <td>คะแนน 1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ</td> <td>ร้อยละ 75 - 79.99</td> <td>คะแนน 2</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ</td> <td>ร้อยละ 80 - 84.99</td> <td>คะแนน 3</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ</td> <td>ร้อยละ 85 ขึ้นไป</td> <td>คะแนน 4</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="549 1370 1426 1496"> <tr> <td>ผลรวมคะแนนรอบ 2</td> <td>0 - 2</td> <td>3 - 4</td> <td>5 - 6</td> <td>7 - 8</td> <td>9 - 10</td> </tr> <tr> <td>คิดคะแนนที่ได้รอบ 2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน	ต่ำกว่าร้อยละ 30	คะแนน 1	ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน	ร้อยละ 30 - 39.99	คะแนน 2	ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน	ร้อยละ 40 - 49.99	คะแนน 3	ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน	ร้อยละ 50 ขึ้นไป	คะแนน 4	ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ	ต่ำกว่าร้อยละ 75	คะแนน 1	ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ	ร้อยละ 75 - 79.99	คะแนน 2	ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ	ร้อยละ 80 - 84.99	คะแนน 3	ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	คะแนน 4	ผลรวมคะแนนรอบ 2	0 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	คิดคะแนนที่ได้รอบ 2	1	2	3	4	5
ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน	ต่ำกว่าร้อยละ 30	คะแนน 1																																			
ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน	ร้อยละ 30 - 39.99	คะแนน 2																																			
ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน	ร้อยละ 40 - 49.99	คะแนน 3																																			
ร้อยละเด็ก 12 ปี ตรวจฟัน	ร้อยละ 50 ขึ้นไป	คะแนน 4																																			
ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ	ต่ำกว่าร้อยละ 75	คะแนน 1																																			
ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ	ร้อยละ 75 - 79.99	คะแนน 2																																			
ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ	ร้อยละ 80 - 84.99	คะแนน 3																																			
ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	คะแนน 4																																			
ผลรวมคะแนนรอบ 2	0 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10																																
คิดคะแนนที่ได้รอบ 2	1	2	3	4	5																																
<p>16. วิธีการประเมิน</p>	<p>วัตรอบที่ 1 คิดร้อยละ 30</p> <p>วัตรอบที่ 2 คิดร้อยละ 70</p>																																				

17. Small Success ปี 2568			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>ขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพช่องปากสำคัญของกลุ่มวัย 0 - 12 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 12 ปี - บริการทาฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ เด็ก 0 - 12 ปี - บริการเคลือบหลุมร่องฟันเด็ก 6 - 12 ปี - ให้ทันตสุขศึกษาผู้ปกครอง - บริการทันตกรรมรักษาเพื่อยับยั้งฟันผุเด็ก 0-12 ปี - จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันเฝ้าระวังโรคฟันผุใน รพ.สต.คลินิกเด็กดี ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน สถานศึกษา 	<p>เด็ก 12 ปี ได้รับ การตรวจคัดกรองช่องปากร้อยละ 30</p> <p>เด็กอายุ 12 ปี ฟันดี ไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 85</p>	<p>เด็ก 12 ปี ได้รับ การตรวจคัดกรองช่องปากร้อยละ 40</p> <p>เด็กอายุ 12 ปี ฟันดี ไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 85</p>	<p>เด็ก 12 ปี ได้รับ การตรวจคัดกรองช่องปากร้อยละ 50</p> <p>เด็กอายุ 12 ปี ฟันดี ไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 85</p>

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)					
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2569	หน่วย วัด	ผลงานย้อนหลัง 3 ปี		
			2566	2567	2568
เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	85	ร้อยละ	75.2	75.7	76.9
เด็ก 12 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองช่องปาก	50	ร้อยละ	27.9	28.7	37.3
เด็ก 0 - 2 ปี ได้รับบริการทันตกรรม	50	ร้อยละ	54.5	56.6	51.4
เด็ก 3 - 5 ปี ได้รับบริการทันตกรรม	50	ร้อยละ	64.2	64.5	60.7
เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับบริการทันตกรรม	50	ร้อยละ	52.9	53.8	57.7

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางสิริลักษณ์ วุฒิพิริยะอังกูร	ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
เบอร์มือถือ 084 519 9655	E-mail : dent.kkpho68@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวจงกลณี บุญอาษา	ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
เบอร์มือถือ 081 546 0840	E-mail : jong-kolnee@hotmail.com
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 1	ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมียุติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป
4. ชื่อตัวชี้วัด	<p>K110 ระดับคะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke, Pneumonia และ Sepsis</p> <p>K110.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke Pneumonia และ Sepsis</p> <p>K110.2 ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง Stroke Pneumonia และ Sepsis (ตามเอกสารแนบ 1)</p>
5. ค่าถ่วงน้ำหนัก	2
6. คำนิยาม	<p>1. ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง</p> <p>1.1 ความรู้และทักษะของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม</p> <p>1.2 ความรู้และทักษะของ ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, Stroke, Pneumonia และ Sepsis ที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึงความเข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม</p> <p>2. อัตราความรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>2.1 ประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจากเว็บไซต์สาสุขอุ้นใจ</p> <p>2.2 ประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, Stroke, Pneumonia และSepsis และเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 โรค</p> <p>3. หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาล/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแนวปฏิบัติ (Practices) การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพ ที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพในหน่วยบริการของตนเองได้อย่างเหมาะสม</p>

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>4. กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการป้องกัน Stroke, Pneumonia, และ Sepsis</p> <p>5. ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่อยู่ในตำบลเดียวกันมีการดำเนินงานพัฒนาให้ประชาชน กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิต สามารถป้องกันโรคและภัยสุขภาพแก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน</p> <p>6. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลตามเกณฑ์ได้</p> <p>7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ได้</p> <p>8. ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนทั่วไป (15 - 59 ปี ที่มีสุขภาพดี) ผู้ปกครองเด็กต่ำกว่า 10 ปี ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรค ไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>9. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก</p> <p>10. ภาวะ Sepsis หมายถึง Community - acquired sepsis ที่เป็นการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยอัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือดจาก Community - acquired sepsis เพียงอย่างเดียว</p> <p>11. โรค Pneumonia หมายถึง ปอดอักเสบในชุมชนที่เกิดจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลโดยไม่รวมปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์</p>
<p>7. เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>1. ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง Stroke Pneumonia และภาวะ Sepsis และตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80</p> <p>2. ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาขาสุขอุ้มใจ) ร้อยละ 92.93</p> <p>3. จำนวนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ร่วมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (ตามเอกสารแนบ 1)</p> <p>4. ทุกอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น</p>

8. วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <p>2. เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะทำงานในการขับเคลื่อนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน</p> <p>3. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ/ ชุมชน ในการป้องกันโรคในการป้องกัน Stroke, Pneumonia และ Sepsis</p>
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. จำนวนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง</p> <p>2. ทุกอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น</p>
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. รายงานการประเมินผลการดำเนินงานจากโปรแกรมสาสุขอุ้นใจ กรมอนามัย</p> <p>2. รายงานและผลการประเมินผ่าน Link การแก้ปัญหา 5 โรคสำคัญ (ลิงก์ : https://forms.gle/p8HFJgGPxA3b4ACT5)</p>
11. แหล่งข้อมูล	<p>1) โปรแกรมสาสุขอุ้นใจ</p> <p>2) Link การแก้ปัญหา 5 โรคสำคัญ (ลิงก์ : https://lookerstudio.google.com/reporting/5bb440f7-57d6-40dc-b394-beef1c5efa9e)</p>
12. รายการข้อมูล	<p>1. ร้อยละประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (โปรแกรมสาสุขอุ้นใจ) ร้อยละ 92.93 A = จำนวนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมด B = จำนวนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด รอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</p> <p>2. ร้อยละประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ร่วมกิจกรรมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 80 A = จำนวนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ร่วมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมด B = จำนวนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</p> <p>3. ร้อยละประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 80 A = จำนวนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมด B = จำนวนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</p>
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (โปรแกรมสาสุขอุ้นใจ) ร้อยละ 92.93 $= (A / B) \times 100$</p> <p>2. ร้อยละประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ร่วมกิจกรรมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 80 $= (A / B) \times 100$</p> <p>3. ร้อยละประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 80 $= (A / B) \times 100$</p>
14. ระยะเวลาประเมินผล	3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 12 เดือน

15. เกณฑ์การให้คะแนน		
ระดับคะแนน ความสำเร็จ	รายการข้อมูล	คะแนน ที่ได้
ระดับคะแนน ความสำเร็จที่ 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. อำเภอเลือก 2 ตำบลเพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (ตำบล/ ทุกหมู่บ้าน) 2. ชุมชนมีคณะทำงานการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง 3. หน่วยบริการทุกแห่งประเมินตนเองผ่านโปรแกรมสาสุขอุ้นใจ 4. ตำบลมีแผนงาน/ โครงการในการแก้ไขปัญหา 5 โรคสำคัญ 	1
ระดับคะแนน ความสำเร็จที่ 2	<p>ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1 และมีผลลัพธ์ (ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงประเมิน HLก่อนร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน กุมภาพันธ์ 2569) \geq ร้อยละ 50 2. ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน กุมภาพันธ์ 2569) \geq ร้อยละ 50 	2
ระดับคะแนน ความสำเร็จที่ 3	<p>ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2 และมีผลลัพธ์ (ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงประเมิน HLก่อนร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน กุมภาพันธ์ 2569) \geq ร้อยละ 50 2. ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน กุมภาพันธ์ 2569) \geq ร้อยละ 50 	3
ระดับคะแนน ความสำเร็จที่ 4	<p>ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2 +3และมีผลลัพธ์ประเมินความรอบรู้ หลังร่วมกิจกรรม (ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ \geq ร้อยละ 92.93 (สาสุขอุ้นใจ) 2. ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ \geq ร้อยละ 80 	4
ระดับคะแนน ความสำเร็จที่ 5	<p>ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2+3+4 และมีผลลัพธ์ประเมินความรอบรู้หลังร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน มิถุนายน 2569) ผ่านทุกข้อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ \geq ร้อยละ 92.93 (สาสุขอุ้นใจ) 2. ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ \geq ร้อยละ 80 3. จำนวนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ร่วมประเมิน HLหลังร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน มิถุนายน 2569) \geq ร้อยละ 80 	5
16. วิธีการประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานการประเมินผลจากโปรแกรมสาสุขอุ้นใจ 2. รายงานและผลการประเมินผ่าน Link การแก้ปัญหา 5 โรคสำคัญ 3. เอกสารสรุปผลการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ 	

17. Small Success ปี 2569

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ประชุมชี้แจงแนวทางในการดำเนินงาน/ Intervention/ระบบข้อมูล (สสจ.;ปฐมภูมิ/พนย./NCDs,พร.),รพ.,สสอ.</p> <p>2. ทบทวน/แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด</p> <p>3. การสร้างเครื่องมือสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ</p>	<p>1.พัฒนา Health Coach ระดับอำเภอ PM/ สสอ. และ อสม (จนท.ปฐมภูมิ รพ.1,สสอ.1,อสม.อำเภอละ 2 คน) การให้ความรอบรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคัดกรองภาวะติดเชื้ในกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>2. ติดตามการดำเนินงานและเยี่ยมเสริมพลัง</p> <p>3. Monitor การดำเนินงานการสร้างความรู้ของ CUP จากโปรแกรมสาสุขอุ้นใจ และ Link การแก้ปัญหา 5 โรคสำคัญ</p> <p>3. นิเทศ ติดตามการดำเนินงาน รอบที่ 1</p> <p>4. คืบข้อมูล/ ปัญหาในการดำเนินงานให้ CUP เพื่อการพัฒนา</p>	<p>Monitor การดำเนินงานการสร้างความรู้ของ CUP หลังคืบข้อมูล/ แก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ดังนี้</p> <p>1.การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วมกิจกรรม (ภายในเดือนมิถุนายน 2569) ของกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>2. คืบข้อมูล/ ปัญหาในการดำเนินงานให้ CUP เพื่อการพัฒนา</p> <p>2.1 ความรอบรู้ของ กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>2.2 จำนวนกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมกิจกรรม (Intervention)</p> <p>3. นิเทศ ติดตามการดำเนินงาน รอบที่ 2</p>	<p>Monitor การดำเนินงานการสร้างความรู้ของ CUP หลังคืบข้อมูล/ แก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ดังนี้</p> <p>1.การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วมกิจกรรม (ภายในเดือนมิถุนายน 2569) ของกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>1.1 ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุขอุ้นใจ) \geq ร้อยละ 92.93</p> <p>1.2 ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Link การแก้ปัญหา 5 โรคสำคัญ) \geq ร้อยละ 80</p> <p>2. คืบข้อมูล/ ปัญหา ในการดำเนินงานให้ CUP เพื่อการพัฒนา</p> <p>3.สรุปผลการดำเนินงาน</p>
ระดับพื้นที่ (CUP)			
<p>1.อำเภอเลือก 2 ตำบล (ตำบล/ ทุกหมู่บ้าน) (สาสุขอุ้นใจ)</p> <p>2. ทุกอำเภอ (การแก้ปัญหา 5 โรคสำคัญ)</p> <p>3. มีคณะทำงาน</p> <p>4. หน่วยบริการทุกแห่งประเมินตนเองผ่านโปรแกรมสาสุข อุ้นใจ</p> <p>5. ตำบลมีแผนงาน/ โครงการในการแก้ปัญหา 5 โรคสำคัญ</p>	<p>1. พัฒนา Health Coach ระดับตำบล/ หมู่บ้าน</p> <p>2.การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของ กลุ่มเป้าหมาย ก่อนร่วมกิจกรรม (ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2569)</p> <p>3. วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาจากการประเมินความรอบรู้</p> <p>4. สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามประเด็นที่ยังพบปัญหา</p> <p>5. จัดบัดดี้ Health Love ระหว่าง กลุ่มเสี่ยง กับ Health Coach</p> <p>6. ติดตามการเยี่ยมบ้านและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>	<p>ขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชนได้แก่</p> <p>1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเป้าหมาย (Intervention เช่น 3อ. 2ส.1ย 3อ.3ส.1น. ฯลฯ)</p> <p>2. ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>3. ติดตามความก้าวหน้าตาม Timeline</p> <p>4. ประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ หลังร่วมกิจกรรม</p>	<p>วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาจากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของ กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้</p> <p>1. ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุขอุ้นใจ) \geq ร้อยละ 92.93</p> <p>2. กลุ่มเสี่ยง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค Stroke Pneumonia และ Sepsis</p> <p>3. ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ \geq ร้อยละ 80</p> <p>4. สรุปและรายงานผล</p>

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2566	2567	2568
92.93%	-	N/A	93.80	92.04

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางวรรณกร ตาบ่านตุ๋	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์มือถือ 063 583 5552	E-mail : fnmyi89k@gmail.com
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
19.2 ชื่อ-สกุล นายเจษฎา สุรวรรณ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
เบอร์มือถือ 061 192 5398	E-mail : evaluation.kkpho@gmail.com
กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
19.3 ชื่อ-สกุล นางอนุรักษ์ สะตะ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ
เบอร์มือถือ 089 617 6378	E-mail : anuraksata@gmail.com
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สัดส่วนประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง /ผู้ป่วยDM-HT ที่ไม่สามารถControl ได้ตามเกณฑ์
ในการป้องกันปัญหา 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น (รายอำเภอ) ขับเคลื่อน HL ปีงบประมาณ 2569 รอบที่ _____

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ประช.และกลุ่มเสี่ยง หมู่บ้าน 5 โรค (\geq)	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย พ.บ.DM-HT(Un control) (\geq)	หมายเหตุ
1	เมืองขอนแก่น	400	740.00	1.ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง
2	บ้านฝาง	397	740.00	หมายถึง ประชาชนทั่วไป (15-59 ปี)
3	กระสัง	395	740.00	ที่มีสุขภาพดี ผู้ปกครองเด็กต่ำกว่า 10 ปี
4	หนองเรือ	398	740.00	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
5	ชุมแสง	399	740.00	ผู้ป่วยหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง
6	ศิขรินทร์	398	740.00	ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
7	น้ำแก	399	740.00	ผู้ป่วยโรค ไตวายเรื้อรัง
8	อุบลรัตน์	396	740.00	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
9	กระนวน	398	740.00	ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
10	บ้านไผ่	398	740.00	และ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
11	เปือยน้อย	392	740.00	
12	พล	398	740.00	2. ผู้ป่วยโรค DM-HT
13	เวียงใหญ่	395	740.00	ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์
14	เวียงน้อย	396	740.00	(สาธุซุ่นใจ ; อำเภอละ 2 ตำบล)
15	หนองกุงศรี	398	740.00	
16	ภูเรือ	398	740.00	
17	มีนบุรี	398	740.00	
18	ชนบท	397	740.00	
19	เขาสวนกวาง	396	740.00	
20	ภูผาม่าน	393	740.00	
21	คำชะอี	393	740.00	
22	โคกโพธิ์ไชย	394	740.00	
23	หนองนาคำ	393	740.00	รอบที่ 1 ประเมินระหว่างเดือน ม.ค.-ก.พ.69
24	บ้านแฮด	395	740.00	รอบที่ 2 ประเมินระหว่างเดือน พ.ค.-มิ.ย.69
25	โนนศิลา	394	740.00	
26	เวียงเก่า	392	740.00	

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน					
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน					
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง					
4. ชื่อตัวชี้วัด	K111 การตรวจคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง					
5. คำนวณ	3					
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	K111.1 อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง					
6. คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน (E10 - E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน และไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานมาก่อน</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา</p>					
7. เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2567 3.32	ปีงบประมาณ 2568 6	ปีงบประมาณ 2569 7	ปีงบประมาณ 2570 8		
8. วัตถุประสงค์	เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่					
9. กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน					
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน ข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud					
11. แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
12. รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา</p>					
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$[(B - A) / B] \times 100$					
14. ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน					
15. เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนน	1	2	3	4	5
	อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง	< 4	4.00 - 4.99	5.00 - 5.99	6.00 - 6.99	≥ 7
16. วิธีการประเมินผล	ประมวลผลจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					

17. Small Success					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน			
≥ ร้อยละ 3	≥ ร้อยละ 5	≥ ร้อยละ 7			
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)					
ผลงาน	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568		
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	-5.98	3.32	8.33		
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	K111.2 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง				
6. คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท</p> <p>หมายเหตุ ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา</p>				
7. เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 2.5				
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570		
	2.5	2.5	2.5		
8. วัตถุประสงค์	เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากปีงบประมาณที่ผ่านมา				
9. กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณปัจจุบัน				
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน ข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud				
11. แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
12. รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10 - I15) ในปีงบประมาณปัจจุบัน</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10 - I15) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา</p>				
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B - A / B) \times 100$				
14. ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
15. เกณฑ์การให้คะแนน					
ค่าคะแนน	1	2	3	4	5
อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	< 1	1.00 - 1.49	1.50 - 1.99	2.00 - 2.49	≥ 2.5

16. วิธีการประเมินผล	ประมวลผลจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข		
17. Small Success			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ ร้อยละ 1	≥ ร้อยละ 1.5	≥ ร้อยละ 2	≥ ร้อยละ 2.5
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 -2568)			
ผลงาน	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	2.06	-3.8	- 0.11
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	111.3 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน		
6. คำนิยาม	<p>1. กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ โดยวิธีการคัดกรอง มี 2 วิธี ดังนี้</p> <p>(1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>(2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>หมายเหตุ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG/ RCBG วิธีที่ (2) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 mg/dl ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG/ FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป <p>2. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วันก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566</p> <p>หมายเหตุ : กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>		
7. เกณฑ์เป้าหมาย	\geq ร้อยละ 70		

8. วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ</p> <p>หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน ในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (Type area 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Type area 3) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) โดยกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จะต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานมาก่อนจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC = รหัส ICD – 10 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย E10 - E14</p>
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
11. แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
12. รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนประชากรใน B ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่</p> <p>คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566</p> <p>B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับ</p> <p>การวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน สละสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2569</p>
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
14. ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน

15. เกณฑ์การให้คะแนน					
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	< 55 %	55 - 59.99 %	60 - 64.99 %	65 - 69.99 %	≥ 70 %

16. วิธีการประเมินผล	<p>ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>A : จำนวนประชากรใน B ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 ประมวลผลจากแฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/ พลาสมา)</p> <p>B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานในปีงบประมาณ ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ประมวลผลจากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 126 mg/dl</p> <p><u>หมายเหตุ</u> : ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2569</p>
-----------------------------	---

17. Small Success			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	55.44	69.80	60.58

ชื่อตัวชี้วัดย่อย	K111.4 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
6. คำนิยาม	<p>1. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียน เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ โดยได้รับการวัดความดันโลหิต และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/ หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg</p> <p>2. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1-90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ หรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ 80 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) \geq ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>
7. เกณฑ์เป้าหมาย	\geq ร้อยละ 80
8. วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p>หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน ในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (Type area 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Type area 3) และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย) โดยกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จะต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง มาก่อน จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC = รหัส ICD - 10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15</p>

10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud</p> <p>2. บันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละจังหวัด โดยจะต้องดำเนินการ ดังนี้</p> <p>2.1 ขอเพิ่มสิทธิ์การใช้งาน โดยจะต้องลงชื่อเข้าใช้งาน > ข้อมูลส่วนตัว > สิทธิ์การใช้งาน เลือกคำว่า “บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) > ขอเพิ่มสิทธิ์ > ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม กรอกข้อมูลตามที่กำหนด และอัปโหลดแบบฟอร์ม > รอผู้ดูแลระบบอนุมัติสิทธิ์การใช้งาน</p> <p>2.2 หลังจากที่ผู้ดูแลระบบอนุมัติสิทธิ์การใช้งานเรียบร้อยแล้ว ให้เข้าสู่ระบบการใช้งาน > เลือกเมนู นำเข้า/ ส่งออกข้อมูล > บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p>												
11. แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข												
12. รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 90 วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน 90 วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรค ความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ: ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง สละสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2569</p>												
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$												
14. ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน												
15. เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1" data-bbox="156 1688 1343 1827"> <thead> <tr> <th data-bbox="156 1688 592 1733">ตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="592 1688 727 1733">1 คะแนน</th> <th data-bbox="727 1688 887 1733">2 คะแนน</th> <th data-bbox="887 1688 1046 1733">3 คะแนน</th> <th data-bbox="1046 1688 1206 1733">4 คะแนน</th> <th data-bbox="1206 1688 1343 1733">5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="156 1733 592 1827">ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td> <td data-bbox="592 1733 727 1827">< 65 %</td> <td data-bbox="727 1733 887 1827">65 - 69.9 %</td> <td data-bbox="887 1733 1046 1827">70 - 74.9 %</td> <td data-bbox="1046 1733 1206 1827">75 - 79.9 %</td> <td data-bbox="1206 1733 1343 1827">≥ 80 %</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	< 65 %	65 - 69.9 %	70 - 74.9 %	75 - 79.9 %	≥ 80 %
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน								
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	< 65 %	65 - 69.9 %	70 - 74.9 %	75 - 79.9 %	≥ 80 %								

<p>16. วิธีการประเมินผล</p>	<p>ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ วิธีการประมวลผล A : จำนวนประชากรใน B ที่ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละจังหวัด โดยเข้าสู่ระบบการใช้งาน > เลือกเมนู นำเข้า/ส่งออกข้อมูล > บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน หรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ประมวลผลจากแฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โดยการคิดผลงานในกรณีที่มีผลการติดตามทั้ง 2 วิธี (HBPM และ OBPM) จะประมวลผลโดยการตัดวิธีที่ซ้ำออก การประมวลผล ใช้ค่าการวัดความดันโลหิตซ้ำจาก HBPM เป็นหลัก B : ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประมวลผลจากแฟ้ม NCDSCREEN ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg (NCDSCREEN.DATESERV) โดยคิดจากค่าความดันโลหิตที่เข้าได้กับกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ: ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง สะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 มิถุนายน 2569 ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน) - หากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิต ด้วยตนเองที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 มกราคม 2569 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</p>
------------------------------------	---

16. วิธีการประเมินผล (ต่อ)	<p>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิม)</p> <p>- หากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวันที่ 1 มิถุนายน 2569 ต้องได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่สถานบริการสาธารณสุขเดิมภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข จะต้องไม่เกินวันที่ 30 สิงหาคม 2569 จึงจะนับเป็นเป้าหมาย และผลการดำเนินงานของไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</p>			
17. Small Success				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 -2568)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	89.19	84.83	65.59
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	K111.5 ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน			
6. คำนิยาม	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายถึงประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/ หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน			
7. เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90			
8. วัตถุประสงค์	เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน			
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด TYPE AREA = 1</p> <p>(มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)</p>			
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud			
11. แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข			
12. รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานในปีงบประมาณ</p> <p>B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/ หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน</p>			
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$			
14. ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน			

15. เกณฑ์การให้คะแนน					
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน	< 60 %	60 - 69.99 %	70 - 79.99 %	80 - 89.99 %	≥ 90 %
16. วิธีการประเมินผล	<p>คิดจาก 43 แฟ้ม แฟ้มประชากร PERSON สัญชาติไทย (คำนวณ ณ วันที่ 1 ม.ค. ของปีงบประมาณนั้น ลบวันเดือนปีเกิด แล้วมีอายุ 35 ปีขึ้นไป)</p> <p>A : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPE AREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัย ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณและ ตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการเจาะน้ำตาลในเลือด จาก แฟ้ม NCDScreen.BSLEVEL ≥ 50 mg/dl</p> <p>B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPE AREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัย ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายสถานะ/ สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัด คนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน</p>				
17. Small Success	-				
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 -2568)					
Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน	ร้อยละ		70.46	62.30	63.90
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	K111.6 ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง				
6. คำนิยาม	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/ หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
7. เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90				
8. วัตถุประสงค์	เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง				
9. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด TYPE AREA = 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)				
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud				
11. แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				

12. รายการข้อมูล	A = จำนวนประชากรอายุ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง B = จำนวนประชากรอายุ อายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/ หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/ B) \times 100$				
14. ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
15. เกณฑ์การให้คะแนน					
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	< 60 %	60 - 69.99 %	70 - 79.99 %	80 - 89.99 %	≥ 90 %
16. วิธีการประเมินผล	<p>คิดจาก 43 แฟ้ม แฟ้มประชากร PERSON สัญชาติไทย (คำนวณ ณ วันที่ 1 ม.ค. ของปีงบประมาณ ลบวันเดือนปีเกิด แล้วมีอายุ 35 ปีขึ้นไป)</p> <p>A : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณและตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการวัดระดับความดันโลหิต จากแฟ้ม NCDSCREEN.SBP_1 > 50 mmHg, NCDSCREEN.DBP_1 > 50 mmHg</p> <p>B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณและตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน</p>				
17. Small Success	-				
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบงบประมาณ พ.ศ.			
		2566	2567	2568	
ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	70.50	62.36	64.44	

การรวมคะแนนตัวชี้วัด					
K111 การตรวจคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง					
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
111.1 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง	< 4	4.00 – 4.99	5.00 - 5.99	6.00 - 6.99	≥ 7
111.2 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลง	< 1	1.00 – 1.49	1.50 - 1.99	2.00 - 2.49	≥ 2.5
111.3 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	< 55	55 - 59.99	60 - 64.99	65 - 69.99	≥ 70
111.4 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	< 65	65 - 69.99	70 - 74.99	75 - 79.99	≥ 80
111.5 ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน	< 60	60 - 69.99	70 - 79.99	80 - 89.99	≥ 90
111.6 ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	< 60	60 - 69.99	70 - 79.99	80 - 89.99	≥ 90
รวม K111	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางสาวปภาดา สุระอามาตย์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์มือถือ 094 9165542	E-mail : arphasara.nurse@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์มือถือ 081 3803219	E-mail : sangdern.sopa@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
เบอร์มือถือ 087 7707761	E-mail : kanjakkittima1234@gmail.com
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K112 ร้อยละสตรีอายุ 30- ≤ 60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (สะสมผลงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 - 2572)
5. คำนวณน้ำหนัก	3
6. คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - ≤ 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ทั้งแบบตรวจโดยเจ้าหน้าที่ และแบบ Self Collection เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผล ลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปอีก 5 ปี
7. เกณฑ์เป้าหมาย	สะสมผลงาน ณ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 - 2569 ร้อยละ 45 สะสมผลงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 - 2572 ≥ ร้อยละ 80
8. วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. เพื่อลดอัตราการป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม
9. กลุ่มเป้าหมาย	สตรีไทยอายุ 30-≤60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ (การนับอายุ 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันที่ให้บริการ) ประชากร Type area 1, Type area 3 ในช่วงเวลาที่กำหนด
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูล 1.1 บันทึกการคัดกรองผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ คือ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test รหัส 1B0046 1.2 บันทึกผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test จากโปรแกรม Cancer Cervical Screening @ Khon Kaen 2. ผู้จัดเก็บข้อมูล : ผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็ง 3. พื้นที่รับผิดชอบ : Type area 1 = มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่ Type area 3 = ไม่มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือน
11. แหล่งข้อมูล	1. จากโปรแกรม Cancer Cervical Screening @ Khon Kaen 2. HDC 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
12. รายการข้อมูล	A = จำนวนสตรีไทยอายุ 30 - ≤ 60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (โดยการตรวจด้วยเจ้าหน้าที่ หรือ การตรวจด้วยตนเอง) B = จำนวนสตรีไทยอายุ 30 - ≤ 60 ปี
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/ B) x 100
14. ระยะเวลาประเมินผล	เริ่ม 1 ตุลาคม 2568 - รอบการนิเทศที่กำหนด

15. เกณฑ์การให้คะแนน	
รอบที่ 1	
1 คะแนน	2 คะแนน
< 18.00 %	18.00 - 21.99 %
3 คะแนน	4 คะแนน
22.00 - 25.99 %	26.00 - 29.99 %
5 คะแนน	≥ 30 %
รอบที่ 2	
1 คะแนน	2 คะแนน
< 30.00 %	30.00 - 34.99 %
3 คะแนน	4 คะแนน
35.00 - 39.99 %	40.00 - 44.99 %
5 คะแนน	≥ 45 %
16. วิธีการประเมินผล	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC
17. Small Success	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน
ร้อยละ 30	ร้อยละ 35
รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 40	ร้อยละ 45
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)	
ผลการดำเนินงานย้อนหลังระยะที่ 1 ปี (ปี 2564 - 2567) และปี 2568	
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2567	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
ร้อยละ 37.96	ร้อยละ 11.15
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางยุภาพร ดีแป้น	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์มือถือ : 080 462 0160	E-mail : smallbody@hotmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์มือถือ : 081 380 3219	
19.3 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
เบอร์มือถือ : 087 770 7761	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เบอร์โทรศัพท์ : 0 4322 1125 ต่อ 169	โทรสาร : 0 4322 4037

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K113 ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test
5. คำนวณน้ำหนัก	3
6. คำนิยาม	<p>1. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มี อายุ 50 - 70 ปีได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้นโดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ*จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ในรอบ 2 ปีงบประมาณ</p> <p>2. กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่) หมายถึง กลุ่มที่ไม่เคยได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในปีงบประมาณ 2568 และกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมาและมีผลการส่องกล้องปกติ</p>
7. เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
8. วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้นซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผล ปกติ/ ผลลบ (Negative)</p> <p>2. เพื่อตรวจหาผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชาย และเพศหญิงอายุ 50-70 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fit Test Positive คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่าง อุจจาระ</p> <p>3. เพื่อลดอัตราป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะลุกลาม</p>
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ประชากรเพศชายและหญิง ทุกสิทธิการรักษา ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงในปีงบประมาณ 2568 และผู้ที่เคยได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมาและมีผลการส่องกล้องปกติ</p> <p>2. เป็นประชากร Type area 1, Type area 3 ในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>3. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินการตามที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</p>
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. การบันทึกข้อมูล : บันทึกการคัดกรองผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ ด้วยรหัส 1B0060 (ผลลบ) หรือ รหัส 1B0061 (ผลบวก) และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม</p> <p>2. ผู้จัดเก็บข้อมูล : ผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็ง</p> <p>3. พื้นที่รับผิดชอบ : Type area 1 = มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่ Type area 3 = ไม่มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือน</p>

11. แหล่งข้อมูล	HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น																																			
12. รายการข้อมูล	A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test และยังไม่ได้รับการคัดกรองในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569																																			
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$																																			
14. ระยะเวลาประเมินผล	เริ่ม 1 ตุลาคม 2568 - รอบการนิเทศที่กำหนด																																			
15. เกณฑ์การให้คะแนน	<p>รอบที่ 1</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 25 %</td> <td>25.00 - 29.99%</td> <td>30.00 - 34.99%</td> <td>35.00 - 39.99%</td> <td>≥ 40%</td> </tr> </tbody> </table> <p>รอบที่ 2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 35 %</td> <td>35.00 - 49.99%</td> <td>50.00 - 64.99%</td> <td>65.00 - 79.99%</td> <td>≥ 80%</td> </tr> </tbody> </table>				1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	< 25 %	25.00 - 29.99%	30.00 - 34.99%	35.00 - 39.99%	≥ 40%	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	< 35 %	35.00 - 49.99%	50.00 - 64.99%	65.00 - 79.99%	≥ 80%												
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																
< 25 %	25.00 - 29.99%	30.00 - 34.99%	35.00 - 39.99%	≥ 40%																																
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																
< 35 %	35.00 - 49.99%	50.00 - 64.99%	65.00 - 79.99%	≥ 80%																																
16. วิธีการประเมินผล	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC																																			
17. Small Success ปี 2569	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100																								
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																	
ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100																																	
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2566</th> <th>ปีงบประมาณ 2567</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 132.62</td> <td>ร้อยละ 100.84</td> <td>ร้อยละ 74.37</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ร้อยละ 132.62	ร้อยละ 100.84	ร้อยละ 74.37																										
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568																																		
ร้อยละ 132.62	ร้อยละ 100.84	ร้อยละ 74.37																																		
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>19.1 ชื่อ-สกุล นางยุภาพร ดีแป้น</td> <td colspan="3">ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td>เบอร์มือถือ : 080 462 0160</td> <td colspan="3">E-mail : smallbody@hotmail.com</td> </tr> <tr> <td>19.2 ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา</td> <td colspan="3">ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td>เบอร์มือถือ : 081 380 3219</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>19.3 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร</td> <td colspan="3">ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด</td> </tr> <tr> <td>เบอร์มือถือ : 087 770 7761</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด</td> <td colspan="3">สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น</td> </tr> <tr> <td>เบอร์โทรศัพท์ : 0 4322 1125 ต่อ 169</td> <td colspan="3">โทรสาร : 0 4322 4037</td> </tr> </tbody> </table>				19.1 ชื่อ-สกุล นางยุภาพร ดีแป้น	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			เบอร์มือถือ : 080 462 0160	E-mail : smallbody@hotmail.com			19.2 ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			เบอร์มือถือ : 081 380 3219				19.3 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			เบอร์มือถือ : 087 770 7761				กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			เบอร์โทรศัพท์ : 0 4322 1125 ต่อ 169	โทรสาร : 0 4322 4037		
19.1 ชื่อ-สกุล นางยุภาพร ดีแป้น	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ																																			
เบอร์มือถือ : 080 462 0160	E-mail : smallbody@hotmail.com																																			
19.2 ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ																																			
เบอร์มือถือ : 081 380 3219																																				
19.3 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด																																			
เบอร์มือถือ : 087 770 7761																																				
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น																																			
เบอร์โทรศัพท์ : 0 4322 1125 ต่อ 169	โทรสาร : 0 4322 4037																																			

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K114 การดำเนินงานการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในกลุ่มประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535
5. คำนวณน้ำหนัก	1
6. คำนิยาม	<p>1. โรคไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง โรคที่เกิดจากการติดเชื้อที่ตับ ซึ่งมีสาเหตุมาจากไวรัสตับอักเสบบีชนิด บี</p> <p>สามารถติดต่อได้หลายทาง เช่น จากการสัมผัสเลือดและน้ำเหลืองของผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือจากการดามารูทารก ผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในร่างกายส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ แต่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ ผลการตรวจเลือดพบค่าการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือผิดปกติ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง อาจเกิดภาวะตับอักเสบบีบพอง แทรกซ้อนได้เป็นระยะ ๆ หากไม่ได้รับการรักษา อาจกลายเป็นโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับและเสียชีวิต</p> <p>2. โรคไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิด ซี</p> <p>สามารถติดต่อได้ทางเลือด เพศสัมพันธ์ และการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ผู้ที่ได้รับเชื้อส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ จะเริ่มมีอาการเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย ปัสสาวะสีเข้ม ตัวเหลือง ตาเหลือง ขาบวม ท้องบวม เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถรู้ได้ด้วยการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา จะพัฒนาเป็นโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง มะเร็งตับ และอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด</p> <p>3. การดำเนินงานตรวจคัดกรอง วินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประกอบด้วย</p> <p>3.1 การตรวจคัดกรอง หมายถึง การตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยใช้ ชุดตรวจ Rapid test</p> <p>3.2 ตรวจวินิจฉัย หมายถึง การส่งต่อผู้ที่มีผลตรวจคัดกรองโดยใช้ Rapid test ให้ผลบวก (Positive) ให้ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ และประเมินสถานะโรค ด้วยวิธี HCV-RNA Quantitative HCV/HBV RNA viral load, HCV core Ag หรือ HCV Qualitative หากได้ผลบวก (Detectable) แสดงว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาด้วยยา หรือการนัดติดตามประเมินอาการ ทุก 6 – 12 เดือนต่อปี</p> <p>4. กลุ่มประชากรเป้าหมาย หมายถึง ประชากรทุกคนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 (ประชากรอายุ 33 ปีขึ้นไป) โดยพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงานภาพรวมจังหวัดขอนแก่น 26 อำเภอ</p>

7. เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569		
2,000	27,000	83,291	110,734		
8. วัตถุประสงค์	เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ				
9. กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535				
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- บันทึกผลการคัดกรองในโปรแกรม Krung Thai Digital Health Platform - บันทึกผลการคัดกรองในแบบรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น				
11. แหล่งข้อมูล	- โปรแกรม Krung Thai Digital Health Platform				
Link	https://medata.nhso.go.th/appcenter/org				
12. รายการข้อมูล					
เป้าหมายจำนวนประชากรที่ต้องคัดกรองในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 แยกรายอำเภอ					
ที่	อำเภอ	จำนวนเป้าหมาย (ราย)	ที่	อำเภอ	จำนวนเป้าหมาย (ราย)
1	เมืองขอนแก่น	8,995	14	หนองสองห้อง	6,421
2	บ้านฝาง	4,527	15	ภูเวียง	6,171
3	พระยืน	2,250	16	มัญจาคีรี	6,021
4	หนองเรือ	7,535	17	ชนบท	3,574
5	ชุมแพ	7,493	18	เขาสวนกวาง	1,927
6	สีชมพู	6,600	19	ภูผาม่าน	1,750
7	น้ำพอง	6,556	20	กระนวน	6,165
8	อุบลรัตน์	2,814	21	บ้านแฮด	2,354
9	บ้านไผ่	6,501	22	ชำสูง	1,629
10	เปือยน้อย	1,285	23	เวียงเก่า	1,797
11	พล	6,809	24	โคกโพธิ์ไชย	1,890
12	เวียงใหญ่	2,157	25	โนนศิลา	1,904
13	แวงน้อย	3,483	26	หนองนาคำ	2,126
ข้อมูล : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง					
หมายเหตุ คาดประมาณเป้าหมายการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี จำนวน 4 ล้านคนทั่วประเทศไทย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (จังหวัดขอนแก่น 110,734 ราย)					

<p>14. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>1. ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 B = จำนวนประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ในจังหวัดขอนแก่น (ค่าคาดประมาณ)</p> <p>2. ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 B = จำนวนประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ในจังหวัดขอนแก่น (ค่าคาดประมาณ)</p>				
<p>14. ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุก 3, 6, 9, 12 เดือน</p>				
<p>15. เกณฑ์การให้คะแนน</p>					
	<p>1 คะแนน</p>	<p>2 คะแนน</p>	<p>3 คะแนน</p>	<p>4 คะแนน</p>	<p>5 คะแนน</p>
<p>ไวรัสตับอักเสบบี</p>	<p>≤ ร้อยละ 60</p>	<p>ร้อยละ 61 - 70</p>	<p>ร้อยละ 71 - 80</p>	<p>ร้อยละ 81 - 90</p>	<p>≥ ร้อยละ 90</p>
<p>ไวรัสตับอักเสบบี ซี</p>	<p>≤ ร้อยละ 60</p>	<p>ร้อยละ 61 - 70</p>	<p>ร้อยละ 71 - 80</p>	<p>ร้อยละ 81 - 90</p>	<p>≥ ร้อยละ 90</p>
<p>16. วิธีการประเมินผล</p>	<p>เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายอัตราการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ร้อยละ 100</p>				
<p>17. Small Success</p>					
<p>ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535</p>					
<p>รอบ 3 เดือน</p>	<p>รอบ 6 เดือน</p>	<p>รอบ 9 เดือน</p>	<p>รอบ 12 เดือน</p>		
<p>ร้อยละ 20</p>	<p>ร้อยละ 50</p>	<p>ร้อยละ 70</p>	<p>ร้อยละ 100</p>		
<p>18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2568)</p>					
<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>			
		<p>2565</p>	<p>2566</p>	<p>2567</p>	<p>2568</p>
<p>อัตราการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>151.1</p>	<p>53.05</p>	<p>190.1</p>	<p>55.38</p>
<p>อัตราการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>151.1</p>	<p>53.05</p>	<p>219.8</p>	<p>58.35</p>

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางพินญาดา เหมือนชาติ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์มือถือ 080 321 3854	E-mail: pinyadajoy27@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวธัสสร แก้วเมือง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์มือถือ 088 264 2193	E-mail: -
19.3 ชื่อ-สกุล นางวราภรณ์ ชูคันหอม	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เบอร์โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 124	เบอร์โทรสาร 0 4322 4037

แบบฟอร์มที่ ๑
ทำเนียบเครือข่ายไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (แยกราย โรงพยาบาล)

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	บทบาทหน้าที่	การอบรม (ผ่าน/ไม่ผ่าน)

แบบฟอร์มที่ 2

แบบฟอร์มการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ - สกุล เลขประจำตัวประชาชน.....
2. เพศ ○ 1. ชาย ○ 2. หญิง ○ 3. เพศทางเลือก (ระบุ).....
3. วัน เดือน ปี เกิด
4. อายุปี
5. อาชีพ
6. สถานภาพสมรส ○ 1. โสด ○ 2. สมรส ○ 3. หม้าย/หย่า ○ 4. อื่น ๆ ระบุ.....
7. โรคประจำตัว ○ 1. ไม่มี ○ 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 โรคไวรัสตับอักเสบบี

1. ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ○ ไม่เคยตรวจ ○ เคยตรวจ เมื่อ.....
2. ประวัติการได้รับวัคซีน ○ ไม่เคยได้รับ ○ เคยได้รับ เมื่อ..... ○ ไม่แน่ใจ
3. ความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี
 - 1. เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535
 - 2. ใช้สารเสพติดวิธีฉีดเข้าเส้น แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงแค่ครั้งเดียว
 - 3. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 4. เคยได้รับเลือด หรือสารเลือด ก่อนปี 2535
 - 5. เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนปี 2535
 - 6. เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 7. เคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย
 - 8. เคยมีคนในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา เป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี
 - 9. เคยสักผิวหนัง เจาะหู ผิงเข็ม ในที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล
 - 10. เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน
 - 11. เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่
 - 12. เคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น
4. ผลการตรวจหาการติดเชื้อ
 - 4.1. การตรวจหาโปรตีนของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)
 - Negative (ผลลบ) ○ Positive (ผลบวก)
 - 4.2. การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Anti-HBs) (เฉพาะกรณีที่ ผลตรวจ HBsAg เป็นลบ)
 - Negative (ผลลบ) ○ Positive (ผลบวก)
5. การรับวัคซีน (เฉพาะกรณีที่ ผลการตรวจ HBsAg และ Anti-HBs เป็นลบ)
 - ไม่ได้รับ เนื่องจาก.....
 - ได้รับ เข็มที่ 1 วันที่..... Lot No. Exp.
 - เข็มที่ 2 วันที่..... Lot No. Exp.
 - เข็มที่ 3 วันที่..... Lot No. Exp.

6. การส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา *(เฉพาะกรณีที่มีผลการตรวจ HBsAg เป็นบวก)*

- ส่งต่อเข้ารับการรักษา สถานบริการ.....
- ไม่ถูกส่งต่อเข้ารับการรักษา ระบุสาเหตุ.....

ส่วนที่ 3 โรคไวรัสตับอักเสบ ซี

1. ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ไม่เคยตรวจ เคยตรวจ เมื่อ.....
2. ความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
- 1. ใช้สารเสพติดวิธีฉีดเข้าเส้น แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงแค่ครั้งเดียว
 - 2. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 3. เคยได้รับเลือด หรือสารเลือด ก่อนปี 2534
 - 4. เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนปี 2534
 - 5. เคยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 6. เคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย
 - 7. เคยมีคู่สมรสเป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี
 - 8. เคยสักผิวหนัง เจาะหู ฝังเข็ม ในที่ไม่ใช่สถานพยาบาล
 - 9. เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน
 - 10. เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่
 - 11. เคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น
3. ผลการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Anti-HCV)
- Negative (ผลลบ) Positive (ผลบวก)
4. การตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด (HCV viral load) *(เฉพาะกรณีที่มีผลการตรวจ Anti-HCV เป็นบวก)*
- ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
 - ผลการตรวจ HCV viral load copies/ml
5. การส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา *(เฉพาะกรณีที่มีผลการตรวจ Anti-HCV เป็นบวก)*
- ส่งต่อเข้ารับการรักษา สถานบริการ.....
- ไม่ถูกส่งต่อเข้ารับการรักษา ระบุสาเหตุ.....

ส่วนที่ 4 ข้อมูลผู้รายงาน

1. ผู้สัมภาษณ์..... ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....
2. ผู้รายงานผลการตรวจ..... ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....

แบบฟอร์มที่ 3

รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
ในประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 รอบ.....เดือน

หน่วยงาน..... อำเภอ..... จังหวัด..... ขอนแก่น.....

สรุปผลการดำเนินงาน (อย่างย่อ)

1. การสนับสนุนการจัดบริการคัดกรองฯ

.....

.....

.....

2. ปัญหา/อุปสรรค

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

4. ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

4.1 คัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี	จำนวน.....ราย
- ผลลบ	จำนวน.....ราย
- ผลบวก	จำนวน.....ราย
- ส่งต่อ เพื่อวินิจฉัยรักษา	จำนวน.....ราย
4.2 คัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี	จำนวน.....ราย
- ผลลบ	จำนวน.....ราย
- ผลบวก	จำนวน.....ราย
- ส่งต่อ เพื่อวินิจฉัยรักษา	จำนวน.....ราย

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อำนวยการ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)
4. ชื่อตัวชี้วัด	K115 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วง 1-18 ปี)
5. คำนวณน้ำหนัก	2
6. คำนิยาม	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง ช่วงวัยอายุ 1 - 18 ปี หมายถึง จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 1 - 18 ปี ลดลงร้อยละ 3 โดยเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2568 โดยใช้ข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus กระทรวงสาธารณสุข
7. เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง ช่วงวัยอายุ 1 - 18 ปี ลดลงร้อยละ 3 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
8. วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย ช่วงอายุ 1 - 18 ปี
9. กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเด็กและเยาวชนไทย ช่วงอายุ 1 - 18 ปี ในจังหวัดขอนแก่น
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนด โดยโรงพยาบาลทุกแห่งรวบรวมและบันทึกข้อมูล (บันทึกข้อมูลในผ่านเว็บ “ PHER Plus v.3.7.3 ” ทุกเดือน) โดยบันทึกข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป
11. แหล่งข้อมูล	ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus v.3.7.3 กระทรวงสาธารณสุข
12. รายการข้อมูล	แบบรายงานระบบรายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus v.3.7.3 กระทรวงสาธารณสุข
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีอายุ 1 - 18 ปี รวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บที่มีอายุ 1 - 18 ปี ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 B = จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีอายุ 1 - 18 ปี รวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บที่มีอายุ 1 - 18 ปี ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 สูตรคำนวณ : $(A - B) / A \times 100$
14. ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569

15. เกณฑ์การให้คะแนน รายละเอียดกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ ดังนี้			
กลยุทธ์	รายละเอียด		
1. การวิเคราะห์และเฝ้าระวัง	<p>1.1 นำข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 1 - 18 ปี มาวิเคราะห์ สอบสวนหาสาเหตุ และมีการคืนข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ สอบสวนหาสาเหตุ นำเสนอในการประชุมศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)/ระดับท้องถิ่น (ศปถ.อปท.)/พชอ./คณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนน (กรณี ไม่มีผู้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนสามารถใช้ผลการวิเคราะห์สอบสวนในกลุ่มอายุอื่นๆ ได้)</p> <p>1.2 บันทึกผลการสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนลงในระบบรายงานการสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ที่ลิงก์ https://rti.moph.go.th/rtisat/calendar</p>		
2. การขับเคลื่อนและแลกเปลี่ยนข้อมูล	- มีการดำเนินกิจกรรม“TSY Program”ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา (ในอำเภอ) โดยเน้นอบรม“วัคซีนจราจร” ในเด็กและเยาวชนอายุ 10 - 18 ปี		
3. การรณรงค์และให้ความรู้	- ส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กอายุไม่เกิน 6 ปี โดยให้ความรู้กับผู้ปกครอง และประชาชนทั่วไป		
16. วิธีประเมิน			
ร้อยละการลดลง			
อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 1 - 18 ปี เพิ่มขึ้น $\geq 50.1\%$	1		
อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 1 - 18 ปี เพิ่มขึ้น อยู่ระหว่าง 0.1 - 50.0 %	2		
เกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ			
อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 1 - 18 ปี เท่าเดิม หรือ ลดลงอยู่ระหว่าง 0.1 - 2.0 %	3		
อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 1 - 18 ปี ลดลง อยู่ระหว่าง 2.1 - 2.9%	4		
อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 1 - 18 ปี ลดลง $\geq 3.0\%$	5		
17. Small Success			
อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัยอายุ 1 - 18 ปี)			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 1 ต.ค.68 - ธ.ค.68	ร้อยละ 1 ต.ค. 68 - มี.ค. 69	ร้อยละ 2 ต.ค.68 - มี.ย.69	ร้อยละ 3 ต.ค. 68 - ก.ย.69

18.1 รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2567				
CUP	การบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 1 - 18 ปี			
	ปีงบประมาณ 2567 บาดเจ็บและเสียชีวิต(คน)	ปีงบประมาณ 2568 บาดเจ็บและเสียชีวิต(คน)	ผลลัพธ์ ลดลง/ เพิ่มขึ้น (คน)	คิดเป็น %
เมืองขอนแก่น	1959	1702	-257	-13.12
บ้านฝาง	220	222	+2	+0.91
พระยืน	96	161	+65	+67.71
หนองเรือ	249	259	+10	+4.02
ชุมแพ	582	598	+16	+2.75
สีชมพู	339	265	-74	-21.83
น้ำพอง	487	489	+2	+0.41
อุบลรัตน์	132	170	+38	+28.79
บ้านไผ่	544	447	-97	-17.83
เปือยน้อย	121	108	-13	-10.74
พล	440	391	+49	+11.14
วางใหญ่	56	87	+31	+55.36
วางน้อย	156	140	-16	-10.26
หนองสองห้อง	406	382	-24	-5.91
ภูเวียง	222	215	-7	-3.15
มัญจาคีรี	59	59	0	0.00
ชนบท	145	182	+37	+25.52
เขาสวนกวาง	39	79	+40	+102.56
ภูผาม่าน	56	100	+44	+78.57
กระนวน	489	412	+77	+15.75
บ้านแฮด	159	180	+21	+13.21
ซำสูง	144	146	+2	+1.39
หนองนาคำ	60	66	+6	+10.00
เวียงเก่า	70	45	-25	-35.71
โคกโพธิ์ไชย	53	47	-6	-12.21
โนนศิลา	13	56	+43	+11.32
รวม	7,296	7,008	ลดลง 288	-3.95

18.2 รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568				
CUP	การบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 1 - 18 ปี			
	ปีงบฯ 2568 บาดเจ็บ (คน)	ปีงบฯ 2568 เสียชีวิต (คน)	รวม (คน)	เป้าหมายปีงบฯ 2569 (ต.ค.68 - ก.ย.69) (คน)
เมืองขอนแก่น	1,691	11	1,702	1,651
บ้านฝาง	222	0	222	215
พระยืน	161	0	161	156
หนองเรือ	255	4	259	251
ชุมแพ	595	3	598	580
สีชมพู	261	4	265	257
น้ำพอง	488	1	489	474
อุบลรัตน์	168	2	170	165
บ้านไผ่	447	0	447	434
เปือยน้อย	108	0	108	105
พล	391	0	391	379
วางใหญ่	87	0	87	84
วางน้อย	139	1	140	136
หนองสองห้อง	382	0	382	371
ภูเวียง	215	0	215	209
มัญจาคีรี	59	0	59	57
ชนบท	181	1	182	177
เขาสวนกวาง	79	0	79	77
ภูผาม่าน	99	1	100	97
กระนวน	410	2	412	400
บ้านแฮด	180	0	180	175
ซำสูง	146	0	146	142
หนองนาคำ	66	0	66	64
เวียงเก่า	45	0	45	44
โคกโพธิ์ไชย	46	1	47	46
โนนศิลา	55	1	56	54
รวม	6,977	32	7,009	6,800

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางสาวชนกานต์ ปาสาบุตร เบอร์มือถือ : 084 235 9161	ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน E-mail : rtiemskk5@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางรุจีวรรณ ยมศรีเคน เบอร์มือถือ : 095 658 0111	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : Emskkpho@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร เบอร์มือถือ : 087 770 7761	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด E-mail : Emskkpho@gmail.com
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K116 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Plus (พชอ. Plus)
5. คำนวณน้ำหนัก	1
6. คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง กระบวนการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในอำเภอ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น โดยใช้หลักการบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาพื้นที่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561</p> <p>องค์ประกอบของ UCCARE ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Unity Team : การทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ เพื่อเป้าหมายสุขภาพเดียวกัน 2) Community Participation : การเปิดโอกาสให้ชุมชนและเครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดำเนินงานด้านสุขภาพ 3) Customer Focus : การยึดประชาชนและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้น 4) Appreciation and Quality : การทำงานที่สร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจ ทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง 5) Resource sharing : การจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด 6) Essential care : การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทของชุมชน <p>เกณฑ์คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. แบบบูรณาการทรัพยากร คน เงิน ของข้อมูล องค์ความรู้ จากทุกภาคส่วน “One project One plan” 2. มีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ 3. มีผลการดำเนินการรายประเด็น ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ปัญหาการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน : อัตราตายไม่เกิน 14.17 ต่อแสนประชากร 3.2 สรุปผลการดำเนินงานประเด็นปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่

6. คำนิยาม (ต่อ)	<p>4. ผลการดำเนินงาน พขอ. 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2566 - พ.ศ. 2568) ได้รับรางวัล และ/หรือ เสนอขอรับรางวัลในเวทีระดับเขตขึ้นไป</p> <p>ตายจากการจราจรทางถนน หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน ณ ที่เกิดเหตุ หรือภายใน 30 วันหลังเกิดเหตุ</p> <p>อำเภอ หมายถึง หน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 26 อำเภอ</p> <p>ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2569 จำนวน 2 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ปัญหาการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน (Road Traffic Injury : RTI) 2) ปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่
7. เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ผ่านเกณฑ์คุณภาพ พขอ. Plus ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 100</p> <p>5 คะแนน = ดีเยี่ยม 4 คะแนน = ดีมาก</p> <p>3 คะแนน = ดี 2 คะแนน = พอใช้</p>
8. วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561</p>
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>ทุกอำเภอ (26 อำเภอ)</p>
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการประเมินตนเอง ตามแนวทาง UCCARE ก่อนและหลังดำเนินการรายประเด็น 2. PHER Plus (ระบบข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ) 3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
11. แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โปรแกรม CL UCCARE 2. PHER Plus (ระบบข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ) 3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 4. เอกสารประกอบการนิเทศงานของอำเภอ ที่เตรียมเพื่อรับการนิเทศงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 5. เอกสาร และ/หรือ ผลการเสนอขอรับรางวัลในเวทีระดับเขตขึ้นไป

12. รายการข้อมูล	1. คำสั่งคณะกรรมการ พขอ. และ อนุกรรมการ พขอ. รายประเด็นที่เป็นปัจจุบัน 2. รายงานการประเมินตนเอง ตามแนวทาง UCCARE ก่อนและหลังดำเนินการ 3. แผนขับเคลื่อนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 4. แผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รายประเด็น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 5. รายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ใน PHER Plus 6. รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569												
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราตายจากการจราจรทางถนนไม่เกิน 14.17 ต่อแสนประชากร สูตร $(A/B) \times 100,000$ A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (Accidents Deaths). B = จำนวนประชากรทั้งหมด (Total Population)												
14. ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 31 ธันวาคม 2568 รอบที่ 2 ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2569 - 30 มิถุนายน 2569												
15. เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1 ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 31 ธันวาคม 2568													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">เกณฑ์ประเมิน</th> <th style="width: 20%;">คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. แบบบูรณาการทรัพยากร คน เงิน ของ ข้อมูล องค์ความรู้ จากทุกภาคส่วน “One project One plan”</td> <td style="text-align: center;">0.5</td> </tr> <tr> <td>2. ประเมินตนเอง และบันทึกประเด็น (ก่อนดำเนินการ) ผ่านโปรแกรม CL UCCARE ในหัวข้อต่อไปนี้ 1. ข้อมูลทั่วไป 2. ประเด็น พขอ. 3. ข้อมูลพื้นฐานของประเด็น พขอ. 4. แผนงานกิจกรรม</td> <td style="text-align: center;">0.5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">คะแนนรวม</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table>		เกณฑ์ประเมิน	คะแนน	1. มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. แบบบูรณาการทรัพยากร คน เงิน ของ ข้อมูล องค์ความรู้ จากทุกภาคส่วน “One project One plan”	0.5	2. ประเมินตนเอง และบันทึกประเด็น (ก่อนดำเนินการ) ผ่านโปรแกรม CL UCCARE ในหัวข้อต่อไปนี้ 1. ข้อมูลทั่วไป 2. ประเด็น พขอ. 3. ข้อมูลพื้นฐานของประเด็น พขอ. 4. แผนงานกิจกรรม	0.5	คะแนนรวม	1				
เกณฑ์ประเมิน	คะแนน												
1. มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. แบบบูรณาการทรัพยากร คน เงิน ของ ข้อมูล องค์ความรู้ จากทุกภาคส่วน “One project One plan”	0.5												
2. ประเมินตนเอง และบันทึกประเด็น (ก่อนดำเนินการ) ผ่านโปรแกรม CL UCCARE ในหัวข้อต่อไปนี้ 1. ข้อมูลทั่วไป 2. ประเด็น พขอ. 3. ข้อมูลพื้นฐานของประเด็น พขอ. 4. แผนงานกิจกรรม	0.5												
คะแนนรวม	1												
รอบที่ 2 ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2569 - 30 มิถุนายน 2569													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">เกณฑ์ประเมิน</th> <th style="width: 20%;">คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3. ผ่านเกณฑ์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดใน 2 ประเด็นหลัก (ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ) *ถ้าไม่ผ่านข้อนี้ = ไม่ผ่านตัวชี้วัดนี้</td> <td style="text-align: center;">0.5</td> </tr> <tr> <td>4. ผ่านเกณฑ์ประเมินข้อ 3 และมีผลการดำเนินการรายประเด็น ดังนี้ 1) ปัญหาการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน - อัตราตายไม่เกิน 14.17 ต่อแสนประชากร 2) รายงานปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>5. ผ่านเกณฑ์ประเมินข้อ 3 และมีนวัตกรรม/ผลงานเด่น ดังนี้ - รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามองค์ประกอบ UCCARE ประจำปี 2569 - นวัตกรรม หรือ ผลงานเด่น และได้นำเสนอในเวทีระดับเขตขึ้นไป</td> <td style="text-align: center;">0.5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">คะแนนรวม</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">คะแนนรวมทุกเกณฑ์</td> <td style="text-align: center;">5 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>		เกณฑ์ประเมิน	คะแนน	3. ผ่านเกณฑ์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดใน 2 ประเด็นหลัก (ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ) *ถ้าไม่ผ่านข้อนี้ = ไม่ผ่านตัวชี้วัดนี้	0.5	4. ผ่านเกณฑ์ประเมินข้อ 3 และมีผลการดำเนินการรายประเด็น ดังนี้ 1) ปัญหาการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน - อัตราตายไม่เกิน 14.17 ต่อแสนประชากร 2) รายงานปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่	1	5. ผ่านเกณฑ์ประเมินข้อ 3 และมีนวัตกรรม/ผลงานเด่น ดังนี้ - รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามองค์ประกอบ UCCARE ประจำปี 2569 - นวัตกรรม หรือ ผลงานเด่น และได้นำเสนอในเวทีระดับเขตขึ้นไป	0.5	คะแนนรวม	4	คะแนนรวมทุกเกณฑ์	5 คะแนน
เกณฑ์ประเมิน	คะแนน												
3. ผ่านเกณฑ์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดใน 2 ประเด็นหลัก (ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ) *ถ้าไม่ผ่านข้อนี้ = ไม่ผ่านตัวชี้วัดนี้	0.5												
4. ผ่านเกณฑ์ประเมินข้อ 3 และมีผลการดำเนินการรายประเด็น ดังนี้ 1) ปัญหาการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน - อัตราตายไม่เกิน 14.17 ต่อแสนประชากร 2) รายงานปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่	1												
5. ผ่านเกณฑ์ประเมินข้อ 3 และมีนวัตกรรม/ผลงานเด่น ดังนี้ - รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามองค์ประกอบ UCCARE ประจำปี 2569 - นวัตกรรม หรือ ผลงานเด่น และได้นำเสนอในเวทีระดับเขตขึ้นไป	0.5												
คะแนนรวม	4												
คะแนนรวมทุกเกณฑ์	5 คะแนน												

16. วิธีประเมิน	วัดรอบแรก 30 % วัดรอบสอง 70 %			
17. Small Success ปี 2569				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ระดับจังหวัด				
- ทบทวน/คัดเลือกประเด็น พห. - ประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน พห. จังหวัดขอนแก่น ปี 2569 (รูปแบบ Online) - ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม CL UCCARE	- ประชุมเชิงปฏิบัติการเขียนผลงาน พห. เพื่อมุ่งสู่เวทีระดับชาติ (onsite) - อบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พห. ที่สมัครขอรับรางวัล (กรมควบคุมโรค : onsite งบ สคร.7) - ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม CL UCCARE	- เยี่ยมเสริมพลังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน - ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม CL UCCARE	- ตรวจสอบรายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พห.) ตามองค์ประกอบ UCCARE ประจำปี 2569 - ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม CL UCCARE	
ระดับพื้นที่				
- ทบทวน/ปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการ พห./อนุกรรมการ พห. รายประเด็น - ทบทวนคัดเลือกประเด็น พห. - ประเมินตนเอง ตามแนวทาง UCCARE ก่อนดำเนินการ - วางแผนขับเคลื่อน พห. ในรูปแบบ one project one plan - มีแผนปฏิบัติการรายประเด็น (อย่างน้อย 2 ประเด็น)	- ดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนรายประเด็น - มีการบริหารจัดการทรัพยากรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง - ติดตามการดำเนินงาน / แก้ไขปัญหา - บันทึกผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน ในโปรแกรม CL UCCARE	- เยี่ยมเสริมพลังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน - ประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE หลังดำเนินงาน	- รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พห.) ตามองค์ประกอบ UCCARE ประจำปี 2569 - ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน - ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ร้อยละ 100	
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2566	2567	2568
ผลงานอำเภอผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	96.15	100	100
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด				
19.1 ชื่อ-สกุล นางสาวผดาร์ณัช พลไชยมาตย์ เบอร์มือถือ 085 855 1669	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail phadarnuch@gmail.com			
19.2 ชื่อ-สกุล นางวรรณกร ตาบ่านคู่ เบอร์มือถือ 063 583 5552	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ E-mail fnmyi89k@gmail.com			
19.3 ชื่อ-สกุล นางอนรรักษ์ สะตะ เบอร์มือถือ 08 9617 6378	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ E-mail anuraksata@gmail.com			
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ เบอร์โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 236	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เบอร์โทรสาร 0 4322 4037			

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 5	ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน
4. ชื่อตัวชี้วัด	K117 คะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน
5. ค่าถ่วงน้ำหนัก	3
6. คำนิยาม	<p>1. ชุมชน/ตำบล หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่พุทธศักราช 2547</p> <p>2. ตำบลจัดการสุขภาพ หมายถึง ตำบลที่มีการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ด้วยการมีส่วนร่วมของแกนนำ สุขภาพ ภาควิเคราะห์และประชาชนในพื้นที่</p> <p>3. การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ตามบริบทของชุมชนนั้น ๆ และมีการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกระบวนการ TPAR ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สร้างทีมแกนนำสุขภาพเครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) 2) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) 3) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) 4) มีการประเมินผล (Result) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีขึ้น มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ในตำบลและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อย 1 แห่ง <p>4. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่มีการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 7 ขั้นตอนของกองสุศึกษา ขั้นตอน 1 สร้างและพัฒนาทีมแกนนำพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 2 มีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านและพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 3 เข้าใจปัญหาและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 4 จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 5 เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 6 ประเมินผลการพัฒนา ขั้นตอน 7 ถอดบทเรียนขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน</p> <p>5. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง โรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนา โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ 7 ขั้นตอนของกองสุศึกษา</p>

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>ขั้นตอน 1 สร้างทีมงาน เพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพ</p> <p>ขั้นตอน 2 ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>ขั้นตอน 3 ดำเนินการวางแผนและออกแบบการจัดกิจกรรม</p> <p>ขั้นตอน 4 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติ</p> <p>ขั้นตอน 5 จัดสภาพแวดล้อมของโรงเรียนแห่งชาติ</p> <p>ขั้นตอน 6 ประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงาน ขั้นตอน 7 ขยายสู่ครอบครัวและชุมชนเรียนรู้</p> <p>6. ระดับการพัฒนา หมายถึง ระดับการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ 3) ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนมีผลการดำเนินงาน 4) ระดับดีเยี่ยม : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชน มีภาวะสุขภาพที่ดี <p>7. พี่เลี้ยง หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน งานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ หรือตำบลจัดการสุขภาพ ระดับจังหวัดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ องค์การบริหารส่วนจังหวัด</p> <p>8. แกนนำสุขภาพชุมชน หมายถึง แกนนำที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย รพ.สต., โรงเรียน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</p>
<p>7. เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. หมู่บ้าน/โรงเรียน มีการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาหมู่บ้าน/โรงเรียน 7 ขั้นตอน ของกองสุขศึกษา และมีระดับการพัฒนา ระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของหมู่บ้านในตำบลทั้งหมด และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติอย่างน้อย 1 แห่ง (กองสุขศึกษา) 2. จำนวนตำบลจัดการสุขภาพ มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 100 3. กลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์)/ โรงเรียนสุขบัญญัติ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 (กองสุขศึกษา) 4. อำเภอขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพสุขภาพร้อยละ 100 (ตำบลเป้าหมาย/ทุกหมู่บ้าน/ ≥ 1 รร.)

8. วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมให้ตำบลมีความเข้มแข็งสามารถจัดการสุขภาพของชุมชนได้ 2. เพื่อพัฒนาตำบลโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 3. เพื่อพัฒนาพี่เลี้ยงและแกนนำชุมชนให้มีศักยภาพในการพัฒนาชุมชนให้มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน
9. กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตำบลในพื้นที่ 26 อำเภอ จำนวน 199 ตำบล (100 %) 2. กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ (วัยเรียน, กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน - โรคความดันโลหิตสูง) 3. หน่วยบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ (Health Gate) จากโปรแกรมในเวปไซต์ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. ผลการประเมินผ่านระบบ Health Gate
11. แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) ระบบการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ (Health Gate) 2) ผลการประเมินผ่านระบบ Health Gate ; https://sites.google.com/view/hlhb/
12. รายการข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละตำบลมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ A = จำนวนตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด B = จำนวนตำบลเป้าหมาย (199 ตำบล) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 2. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ \geq ร้อยละ 85 (กองสุขศึกษา) A = จำนวนผู้ป่วย DM/ HT ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ทั้งหมด B = จำนวนผู้ป่วย DM/ HT ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละตำบลมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ $= (A / B) \times 100$ 2. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ \geq ร้อยละ 85 (กองสุขศึกษา) $= (A / B) \times 100$
14. ระยะเวลาประเมินผล	3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 12 เดือน

15. เกณฑ์การให้คะแนน			
ระดับคะแนน ความสำเร็จ	รายการข้อมูล	คะแนนที่ได้	
ระดับคะแนน ความสำเร็จที่ 1	1. พัฒนาตำบลจัดการสุขภาพด้วยกระบวนการ TPAR 2. ตำบลขับเคลื่อนงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯทุกหมู่บ้าน/ โรงเรียน ≥ 1 ร้อยละ 50 3. ตำบลมีทะเบียนกลุ่มเป้าหมายในการจัดการสุขภาพ	1	
ระดับคะแนน ความสำเร็จที่ 2	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1 และมีผลลัพธ์ - จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ \geq ร้อยละ 50	2	
ระดับคะแนน ความสำเร็จที่ 3	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2 และมีผลลัพธ์ ก่อนร่วมกิจกรรม - กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ (ภายในเดือน กุมภาพันธ์ 2569) \geq ร้อยละ 60	3	
ระดับคะแนน ความสำเร็จที่ 4	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2+3 และมีผลลัพธ์หลังร่วมกิจกรรม (อย่างน้อย 1 ข้อ) 1. จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ \geq ร้อยละ 80 2. กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน มิถุนายน 2569) \geq ร้อยละ 85	4	
ระดับคะแนน ความสำเร็จที่ 5	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2+3 และมีผลลัพธ์หลังร่วมกิจกรรม ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ 1. จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ \geq ร้อยละ 80 2. กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ (ภายในเดือน มิถุนายน 2569) \geq ร้อยละ 85 3. จำนวนตำบลเป้าหมายผ่านการประเมิน การดำเนินการจัดการสุขภาพ ตามเกณฑ์ (Health Gate) ร้อยละ 100	5	
16. วิธีการประเมินผล		1. รายงานการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ (Health Gate) จากโปรแกรมในเว็บไซต์ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. ผลการประเมินผ่านระบบ Health Gate 3. เอกสารสรุปผลการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ	
17. Small Success ปี 2569			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ประชุมชี้แจงแนวทาง ในการดำเนินงาน/ Intervention /ระบบข้อมูล 2. อำเภอพัฒนาตำบลจัดการ สุขภาพในพื้นที่ ร้อยละ 80 3. อำเภอมีแผนการพัฒนา ตำบลจัดการสุขภาพโดยใช้ กระบวนการ TPAR	1. ส่งเสริม สนับสนุน ให้ตำบลเป้าหมายมีการ ดำเนินงานพัฒนาตำบล จัดการสุขภาพในพื้นที่ ≥ 90 2. นิเทศ ติดตามการดำเนินงาน 3. คืบ ข้อมูล/ ปัญหา ในการดำเนินงานให้ CUP เพื่อการพัฒนา	Monitor การดำเนินงาน การสร้างความรู้ของ CUP หลังคืนข้อมูล/ แก้ไขปัญหา การดำเนินงาน ดังนี้ 1. รายงาน ผล ประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน มิถุนายน 2569) \geq ร้อยละ 85 2. เยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน รอบที่ 2 3. คืบข้อมูล/ ปัญหา ในการ ดำเนินงานให้ CUP เพื่อการ พัฒนา	ตำบลเป้าหมายผ่านการ ประเมินการดำเนินการ จัดการสุขภาพ ตาม เกณฑ์ (Health Gate) ร้อยละ 100

17. Small Success ปี 2569 (ต่อ)				
ระดับพื้นที่ (CUP)				
1. อำเภอขับเคลื่อนงานตำบล/ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ ทุกหมู่บ้านโรงเรียน (ร้อยละ 50)	1. อำเภอขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ ร้อยละ 90	1. อำเภอขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ ร้อยละ 100	ตำบลเป้าหมายผ่านการประเมินการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ (Health Gate) ร้อยละ 100	
2. ตำบลขับเคลื่อนงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยน/ โรงเรียนด้วยกระบวนการ TPAR ร้อยละ 50	2. จำนวนตำบลพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงและแกนนำเครือข่ายในพื้นที่เป้าหมายร้อยละ 90	2. ตำบลมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ \geq ร้อยละ 80		
3. ตำบลมีทะเบียนกลุ่มเป้าหมายในการจัดการสุขภาพ	3. จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีการประเมิน HL-HB ด้านสุขภาพ \geq ร้อยละ 50	3. กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วมกิจกรรม \geq ร้อยละ 85		
	4. กลุ่มเป้าหมายมี HL \geq ร้อยละ 60			
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 -2568)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2566	2567	2568
ร้อยละ 100 ของตำบลในพื้นที่อำเภอ	ร้อยละ (ตำบล)	N/A	N/A	100
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด				
19.1 ชื่อ-สกุล นางวรรณกร ตาบ่านคู่	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ			
เบอร์มือถือ 063 583 5552	E-mail: fnmyi89k@gmail.com			
19.2 ชื่อ-สกุล นางอนุรักษ์ สะตะ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ			
เบอร์มือถือ 089 617 6378	E-mail: -			
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K118 การแก้ปัญหา ลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น
5. คำนวณน้ำหนัก	3
6. คำนิยาม	<p>การแก้ปัญหา ลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมและป้องกัน 5 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคปอดอักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น เป็นการบูรณาการการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้บริบทของชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหา รวมถึงการประเมินผล โดยมีเจ้าหน้าที่ภาครัฐให้การสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประสิทธิผล สอดคล้องกับการขับเคลื่อนวาระ คนขอนแก่นสุขภาพดี โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เพื่อคนขอนแก่นสุขภาพดีและอายุยืน ตามแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตั้งเป้าหมายให้คนไทยมีอายุเฉลี่ย 85 ปี</p> <p>กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย 5 โรคสำคัญ หมายถึง ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อ 5 โรคสำคัญ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กลุ่มอายุ ≤ 10 ปี 2) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป 3) กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 4) กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย มะเร็ง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง 5) กลุ่มโรคอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือ BMI มากกว่า 35) <p>รหัส ICD-10 ผู้ป่วย 5 โรค</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ICD10: J12 - J18 2) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ICD10: I60 - I64 3) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ICD10: A40-A41.9, R57.2, R65.1 4) โรคเบาหวาน (DM) ICD: E10 - E14 5) โรคความดันโลหิตสูง (HT): I10 - I15
7. เกณฑ์เป้าหมาย	5 โรคสำคัญ ของจังหวัดขอนแก่น (โรคปอดอักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) YLL ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

8. วัตถุประสงค์	<p>1. กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการประเมินความรอบรู้ เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</p> <p>2. กลุ่มเป้าหมาย ผ่านการประเมินความรอบรู้ เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</p> <p>3. การสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost due to Premature Death : YLL) 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา</p>																																																																																										
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>กลุ่มเป้าหมาย 5 โรคสำคัญ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กลุ่มอายุ ≤ 10 ปี 2) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป 3) กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 4) กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย มะเร็ง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง 5) กลุ่มโรคอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือ BMI มากกว่า 35) <p>ตารางสัดส่วนกลุ่มเป้าหมายในการความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ในการแก้ไขปัญหา 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น (รายอำเภอ) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</p> <table border="1" data-bbox="475 1025 1345 1821"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>อำเภอ</th> <th>กลุ่มเป้าหมาย (คน)</th> <th>ลำดับ</th> <th>อำเภอ</th> <th>กลุ่มเป้าหมาย (คน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>เมืองขอนแก่น</td> <td>400</td> <td>14</td> <td>เวียงเก่า</td> <td>396</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>บ้านฝาง</td> <td>397</td> <td>15</td> <td>หนองสูง</td> <td>398</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>พระยืน</td> <td>395</td> <td>16</td> <td>ภูเวียง</td> <td>398</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>หนองเรือ</td> <td>398</td> <td>17</td> <td>มัญจาคีรี</td> <td>398</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ชุมแพ</td> <td>399</td> <td>18</td> <td>ชนบท</td> <td>397</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>สีชมพู</td> <td>398</td> <td>19</td> <td>เขาสวนกวาง</td> <td>396</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>น้ำพอง</td> <td>399</td> <td>20</td> <td>ภูผาม่าน</td> <td>393</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>อุบลรัตน์</td> <td>396</td> <td>21</td> <td>ซำสูง</td> <td>393</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>กระนวน</td> <td>398</td> <td>22</td> <td>โคกโพธิ์ไชย</td> <td>394</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>บ้านไผ่</td> <td>398</td> <td>23</td> <td>หนองนาคำ</td> <td>393</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>เปือยน้อย</td> <td>392</td> <td>24</td> <td>บ้านแฮด</td> <td>395</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>พล</td> <td>398</td> <td>25</td> <td>โนนศิลา</td> <td>394</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>เวียงใหญ่</td> <td>395</td> <td>26</td> <td>เวียงเก่า</td> <td>392</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">รวม</td> <td>10,300</td> </tr> </tbody> </table>	ลำดับ	อำเภอ	กลุ่มเป้าหมาย (คน)	ลำดับ	อำเภอ	กลุ่มเป้าหมาย (คน)	1	เมืองขอนแก่น	400	14	เวียงเก่า	396	2	บ้านฝาง	397	15	หนองสูง	398	3	พระยืน	395	16	ภูเวียง	398	4	หนองเรือ	398	17	มัญจาคีรี	398	5	ชุมแพ	399	18	ชนบท	397	6	สีชมพู	398	19	เขาสวนกวาง	396	7	น้ำพอง	399	20	ภูผาม่าน	393	8	อุบลรัตน์	396	21	ซำสูง	393	9	กระนวน	398	22	โคกโพธิ์ไชย	394	10	บ้านไผ่	398	23	หนองนาคำ	393	11	เปือยน้อย	392	24	บ้านแฮด	395	12	พล	398	25	โนนศิลา	394	13	เวียงใหญ่	395	26	เวียงเก่า	392	รวม					10,300
ลำดับ	อำเภอ	กลุ่มเป้าหมาย (คน)	ลำดับ	อำเภอ	กลุ่มเป้าหมาย (คน)																																																																																						
1	เมืองขอนแก่น	400	14	เวียงเก่า	396																																																																																						
2	บ้านฝาง	397	15	หนองสูง	398																																																																																						
3	พระยืน	395	16	ภูเวียง	398																																																																																						
4	หนองเรือ	398	17	มัญจาคีรี	398																																																																																						
5	ชุมแพ	399	18	ชนบท	397																																																																																						
6	สีชมพู	398	19	เขาสวนกวาง	396																																																																																						
7	น้ำพอง	399	20	ภูผาม่าน	393																																																																																						
8	อุบลรัตน์	396	21	ซำสูง	393																																																																																						
9	กระนวน	398	22	โคกโพธิ์ไชย	394																																																																																						
10	บ้านไผ่	398	23	หนองนาคำ	393																																																																																						
11	เปือยน้อย	392	24	บ้านแฮด	395																																																																																						
12	พล	398	25	โนนศิลา	394																																																																																						
13	เวียงใหญ่	395	26	เวียงเก่า	392																																																																																						
รวม					10,300																																																																																						

<p>10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>1. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเป้าหมาย ในการแก้ไขปัญหา 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น ผ่าน Google Form : https://forms.gle/zrYE4qTUR8p1hOF29</p> <p>2. ข้อมูลการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost due to Premature Death : YLL) ปี 2569 เทียบกับปี 2568 ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30</p>
<p>11. แหล่งข้อมูล</p>	<p>1. ระบบรายงานข้อมูลสถานะด้านสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น (Health Status) (ผ่านทาง : https://lookerstudio.google.com/s/rxo1YMKses0)</p> <p>2. แหล่งข้อมูล การแก้ปัญหา ลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น (ผ่านทาง : https://shorturl.at/2aJJN)</p> <p>3. Dashboard ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ในการแก้ไขปัญหา 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น (ผ่านทาง : https://lookerstudio.google.com/s/u4Twt3kOw44)</p>
<p>12. รายการข้อมูล</p>	<p>1. ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการประเมินความรอบรู้ฯ เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ โดยการทำแบบทดสอบครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2 ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>2. กลุ่มเป้าหมาย ผ่านการประเมินความรอบรู้ฯ เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ โดยการทำแบบทดสอบครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2 ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>3. ข้อมูลจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป จากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ของ 5 โรค</p>
<p>13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>1. ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ในการแก้ไขปัญหา 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2</p> <p>1.1 การนิเทศ CUP รอบที่ 1 แบบทดสอบครั้งที่ 1 (\geq ร้อยละ 80) = 0.5 คะแนน</p> <p>1.2 การนิเทศ CUP รอบที่ 2 แบบทดสอบครั้งที่ 2 (\geq ร้อยละ 80) = 0.5 คะแนน</p> <p>รวมทั้งสองรอบ = 1 คะแนน</p> <p>2. กลุ่มเป้าหมาย ผ่านการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ในการแก้ไขปัญหา 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น</p> <p>2.1 การนิเทศ CUP รอบที่ 1 แบบทดสอบครั้งที่ 1 (\geq ร้อยละ 80) = 0.5 คะแนน</p> <p>2.2 การนิเทศ CUP รอบที่ 1 แบบทดสอบครั้งที่ 2 (\geq ร้อยละ 80) = 0.5 คะแนน</p> <p>รวมทั้งสองรอบ = 1 คะแนน</p> <p>3. จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป จากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ของ 5 โรคระดับอำเภอ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (\geq ร้อยละ 30) = 3 คะแนน</p> <p>สูตรการคำนวณ = <u>1.ความครอบคลุม + 2.ประเมินความรอบรู้ + 3. YLL ลดลง</u> = <u>5 คะแนน</u></p>

14. ระยะเวลาประเมินผล	เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 - กันยายน พ.ศ. 2569 ลงพื้นที่ตามรอบนิเทศและประเมินผล 2 ครั้ง/ ปี	
15. เกณฑ์การให้คะแนน		
เรื่อง	เกณฑ์ประเมิน	คะแนน
1. ความครอบคลุมการทำแบบทดสอบครั้งที่ 1- ครั้งที่ 2	1.1 การนิเทศ CUP รอบที่ 1 แบบทดสอบครั้งที่ 1 1.1.1 น้อยกว่า ร้อยละ 20.00 = 0.1 คะแนน 1.1.2 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20.00 - 39.99 = 0.2 คะแนน 1.1.3 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40.00 - 59.99 = 0.3 คะแนน 1.1.4 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60.00 - 79.99 = 0.4 คะแนน 1.1.5 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80.00 = 0.5 คะแนน 1.2 การนิเทศ CUP รอบที่ 2 แบบทดสอบครั้งที่ 2 1.2.1 น้อยกว่า ร้อยละ 20.00 = 0.1 คะแนน 1.2.2 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20.00 - 39.99 = 0.2 คะแนน 1.2.3 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40.00 - 59.99 = 0.3 คะแนน 1.2.4 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60.00 - 79.99 = 0.4 คะแนน 1.2.5 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80.00 = 0.5 คะแนน	1 คะแนน
2. กลุ่มเป้าหมายผ่านการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพฯ ในการแก้ไขปัญหาค่า 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น	2.1 การนิเทศ CUP รอบที่ 1 แบบทดสอบครั้งที่ 1 2.1.1 น้อยกว่า ร้อยละ 60.00 = 0.1 คะแนน 2.1.2 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60.00 - 79.99 = 0.3 คะแนน 2.1.3 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80.00 = 0.5 คะแนน 2.2 การนิเทศ CUP รอบที่ 2 แบบทดสอบครั้งที่ 2 2.2.1 น้อยกว่า ร้อยละ 60.00 = 0.1 คะแนน 2.2.2 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60.00 - 79.99 = 0.3 คะแนน 2.2.3 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80.00 = 0.5 คะแนน	1 คะแนน
3. จำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ของ 5 โรค ระดับอำเภอ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	3.1 น้อยกว่า ร้อยละ 15.00 = 1 คะแนน 3.2 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 15.00 - 29.99 = 2 คะแนน 3.3 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30.00 = 3 คะแนน	3 คะแนน
คะแนนรวม เต็ม 5 คะแนน		
16. วิธีประเมินผล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นิเทศงานและจัดเก็บข้อมูลแผนการดำเนินงานจากการนิเทศงาน 2. ประเมินผลงานจากระบบรายงานข้อมูลสถานะด้านสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น (Health Status) ประเมินตามรอบนิเทศและประเมินผล 1 ครั้ง/ ปี การนิเทศ CUP ครั้งที่ 1 = 1 คะแนน : การนิเทศ CUP ครั้งที่ 2 = 4 คะแนน คะแนนรวม 5 คะแนน	

17. Small Success ปี 2569				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
1. มีกลุ่มเป้าหมายในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ไขปัญหา 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น	1. ความครอบคลุมการทำแบบทดสอบครั้งที่ 1 \geq ร้อยละ 80 2. กลุ่มเป้าหมายผ่านการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพฯ การแก้ไขปัญหา 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น ครั้งที่ 1 \geq ร้อยละ 80	1. ความครอบคลุมการทำแบบทดสอบครั้งที่ 2 \geq ร้อยละ 80 2. กลุ่มเป้าหมายผ่านการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพฯ การแก้ไขปัญหา 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น ครั้งที่ 2 \geq ร้อยละ 80	จำนวนปี สุขภาวะที่สูญเสียไป จากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ของ 5 โรค ระดับอำเภอ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา \geq ร้อยละ 30	

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)					
Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (ปี(ม.ค. - ก.ค.))*				
	2566	2567	YOY 2566 เทียบ 2567 (%)	2568	YOY 2567 เทียบ 2568 (%)
1. โรคปอดบวม (Pneumonia)	14,465	18,852	-30.33	15,205	19.35
2. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	13,831	13,990	-1.15	14,024	-0.24
3. โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)	8,950	11,338	-26.68	8,686	23.39
4. โรคเบาหวาน (DM)	4,583	3,900	14.90	3,231	17.15
5. โรคความดันโลหิตสูง (HT)	627	671	-7.02	761	-13.41
Years of Life lost (YLL)	42,456	48,751	-14.83	41,907	14.04

..*หมายเหตุ : ข้อมูลจาก DOPA (Health Status KK)

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นายเจษฎา สุรวรรณ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
เบอร์มือถือ 061 192 5398	E-mail: surawanjesada@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นายสรายุ มันทาพันธ์	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์มือถือ 061 054 6084	E-mail: sarayu199520@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นายอานนท์ สีหาลุน	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
เบอร์มือถือ 088 654 3819	E-mail: seehalun1995@gmail.com
19.4 ชื่อ-สกุล นายจักรสันต์ เลยหยุด	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
เบอร์มือถือ 089 742 7900	E-mail: -
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เป้าประสงค์ที่ 3	ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K119 โรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
5. คำนวณน้ำหนัก	3
6. คำนิยาม	โรงพยาบาลที่ระดับพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (รพ.ศุนย์ รพ.ทั่วไป รพ.ชุมชน) ที่มีกิจกรรมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ ดังนี้
หมวด 1 CLEAN	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1 - 13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)
	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
หมวด 2 G : Garbage	2. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
	4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
หมวด 3 R : Rest room	5. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
	6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบัน และเป็นรูปธรรม เกิดประสิทธิภาพในการลดการใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
หมวด 5 E : Environment	8. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
	9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภัยสุขภาพ กิจกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ

หมวด 6 N : Nutrition	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
	11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
	12. จัดให้มีน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
	13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)
หมวด 7 Innovation	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายในโรงพยาบาลและชุมชน
	15. สร้างเครือข่ายพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
หมวด 8 Network	ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1 - 15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน 1 ด้าน
	1. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)
	2. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. การจัดการของเสียทางการแพทย์
7. เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับมาตรฐานขึ้นไป (Standard + Excellent) = 19 แห่ง ระดับท้าทาย (Challenge) = 7 แห่ง
8. วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
9. กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่งบันทึกข้อมูลในโปรแกรม GREEN & CLEAN Hospital
11. แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital
12. รายการข้อมูล	A = โรงพยาบาลที่ดำเนินการได้ระดับ Standard B = โรงพยาบาลที่ดำเนินการได้ระดับ Excellent C = โรงพยาบาลที่ดำเนินการได้ระดับ Challenge

13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>A = รพ.มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 176 คะแนนขึ้นไป</p> <p>B = รพ.มีผลการประเมินหมวด 1-8 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และมีคะแนนรวม 243 คะแนนขึ้นไป</p> <p>C = รพ.ผ่านการประเมินระดับดีเยี่ยม และผ่านการประเมินตามเกณฑ์ระดับท้าทาย จำนวน 1 ด้าน</p>														
14. ระยะเวลาประเมินผล	ให้คะแนนในการนิเทศฯ รอบที่ 2														
15. เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. รพ. ที่ไม่มีการประเมินตนเองในระบบ G & CH</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">ให้ 0 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>2. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ แต่ไม่ผ่านเกณฑ์</td> <td style="text-align: right;">ให้ 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>3. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐาน (Standard)</td> <td style="text-align: right;">ให้ 3 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>4. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (Excellent)</td> <td style="text-align: right;">ให้ 4 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>5. รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (Excellent) ส่งประเมินท้าทาย</td> <td style="text-align: right;">ให้ 4.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>6. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย (Challenge)</td> <td style="text-align: right;">ให้ 5 คะแนน</td> </tr> </table>			1. รพ. ที่ไม่มีการประเมินตนเองในระบบ G & CH	ให้ 0 คะแนน	2. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ แต่ไม่ผ่านเกณฑ์	ให้ 1 คะแนน	3. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐาน (Standard)	ให้ 3 คะแนน	4. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (Excellent)	ให้ 4 คะแนน	5. รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (Excellent) ส่งประเมินท้าทาย	ให้ 4.5 คะแนน	6. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย (Challenge)	ให้ 5 คะแนน
1. รพ. ที่ไม่มีการประเมินตนเองในระบบ G & CH	ให้ 0 คะแนน														
2. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ แต่ไม่ผ่านเกณฑ์	ให้ 1 คะแนน														
3. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐาน (Standard)	ให้ 3 คะแนน														
4. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (Excellent)	ให้ 4 คะแนน														
5. รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (Excellent) ส่งประเมินท้าทาย	ให้ 4.5 คะแนน														
6. รพ. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย (Challenge)	ให้ 5 คะแนน														
16. วิธีประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองบันทึกข้อมูลในโปรแกรม GREEN & CLEAN Hospital ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล (ระดับ Standard และ Excellent) 3. คณะกรรมการระดับเขต ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ระดับ Challenge ในประเด็นการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการของเสียทางการแพทย์ 4. คณะกรรมการส่วนกลาง ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ระดับ Challenge ในประเด็น การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ 														
17. Small Success															
ระดับจังหวัด															
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน												
ทุก รพ.มีแผนในการขับเคลื่อนและประเมิน (GCHC) ตามระบบ	รพ. ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 และระดับท้าทาย ร้อยละ 20	รพ. ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 92 และระดับท้าทาย ร้อยละ 25	รพ. ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 และระดับท้าทาย ร้อยละ 30												

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2568	2569	2570
ระดับมาตรฐาน	รพ.(แห่ง)	3	2	0
ระดับดีเยี่ยม	รพ.(แห่ง)	18	17	18
ระดับท้าทาย	รพ.(แห่ง)	5	7	8

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นายณัฐวุฒิ จันทะแสง	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์มือถือ 064 9839562	e-mail: pro_tb@yahoo.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวนภัสวรรณ สนธินอก	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์มือถือ 091 8673075	e-mail: aom.napass@gmail.com
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เบอร์โทรศัพท์ 043-221125 ต่อ 156	โทรสาร 043-224037

ยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ
มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการ
ทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2. เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ
4. ชื่อตัวชี้วัด	K201 ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง
5. ค่าถ่วงน้ำหนัก	2
6. คำนิยาม	<p>1. อำเภอ หมายถึง เขตพื้นที่ปกครองส่วนภูมิภาค ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบราชการแผ่นดินในแต่ละอำเภอ จะแบ่งย่อยเป็นตำบล</p> <p>2. คุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง หมายถึง คุณลักษณะที่กรมสุขภาพจิตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นำมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยมีองค์ประกอบหลักดังนี้</p> <p>1.1 มีเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ผ่านการอบรมจากผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ในสถานบริการ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน แกนน่านักเรียนและแกนนำเยาวชน</p> <p>1.2 มีการคัดกรองและเฝ้าระวังประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดย</p> <p>1) เครือข่ายด้วยแบบคัดกรอง 2Q plus และบุคลากรสาธารณสุขด้วย 9Q 8Q ใน 7 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 2. หญิงตั้งครรภ์/ หลังคลอด 3. ผู้มีปัญหาสุรา/ ยาเสพติด 4. ผู้สูงอายุ 5. ผู้ที่มาด้วยอาการซึมเศร้า ชัดเจน 6. ผู้ที่มีอาการทางกายหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ 7. ผู้ที่มีการสูญเสีย <p>2) บุคลากรสาธารณสุขเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ใน 4 กลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด 2. โรคจิตเภท 3. โรคซึมเศร้า 4. ผู้พยายามฆ่าตัวตาย
7. เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5 ร้อยละ 75

8. วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชนระดับอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น 2. เพื่อให้มีการพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น 3. เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในจังหวัดขอนแก่น และผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในพื้นที่ (1 ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569)</p>
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกแผนปฏิบัติงาน (KOPA) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ใน 4 กลุ่มเสี่ยงสำคัญ ใน KK transfer <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด F10.X - F19.X (ยกเว้น F17.X) 2) โรควิตกกังวล F20.X 3) โรควิตกกังวล F32.X, F33.X, F34.1.X, F38.X, และ F39.X 4) ผู้พยายามฆ่าตัวตาย X60 - X84 3. บันทึกข้อมูลรายงานสุขภาพจิตในโปรแกรม online : http://506s.dmh.go.th <ol style="list-style-type: none"> 3.1 แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง :กรมสุขภาพจิต รง.506S V.11 3.2 จำนวนผู้พยายามทำร้ายตนเอง จาก HDC 4. บันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในระบบรายงาน 43 แพ้ม <ol style="list-style-type: none"> 4.1 โรควิตกกังวลรายใหม่ (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x 4.2 โรควิตกกังวลรายใหม่ (ICD-10) F20.x 5. ระบบกิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนในคลินิกหมอ (PCU/ NPCU) <ol style="list-style-type: none"> 5.1 รวบรวมและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (F20 - F29) 5.2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 5.3 ประสาน เชื่อมโยงข้อมูล ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
11. แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบรายงานแผนปฏิบัติงาน (KOPA) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2. โปรแกรม online : http://506s.dmh.go.th 3. Health Data Center กลุ่มรายงานมาตรฐาน: ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช 4. KK transfer
12. รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</p> <p>แหล่งข้อมูล : รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง.506S version 11</p> <p>B = จำนวนประชากรกลางปี 2568</p> <p>แหล่งข้อมูล : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p>
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/ B) \times 100,000$

14. ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
15. เกณฑ์การให้คะแนน					
รายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้					
ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)					
ระดับคะแนน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓
ขั้นตอนที่	กิจกรรม				
1	<p>อำเภอมีการดำเนินการตามกิจกรรม ในข้อ 1-3 ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> มีแผนงานและโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย การบันทึกผ่านระบบรายงาน แผนปฏิบัติงาน (KOPA) และดำเนินการตามแผนภายใน ไตรมาส 3 มีเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีทีมสอบสวนการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ อย่างน้อย 3 คน และผ่านการอบรมการสอบสวน การฆ่าตัวตายอย่างน้อย 2 คน 				
2	<p>ขั้นตอนที่ 1 และมีการดำเนินการ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีการสอบสวนและลงบันทึกรายงานการฆ่าตัวตายในระบบรายงาน 506 V.11 (ไตรมาส 2 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ไตรมาส 4 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90) มีคลินิกหมอครอบครัว (PCU NPCU) มีระบบกิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน มีการเฝ้าระวังและติดตามในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด จิตเภท ซึมเศร้า และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ตามแนวทางรายโรค 				
3	<p>ขั้นตอนที่ 1 - 2 และมีการดำเนินกิจกรรมต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน 4 กลุ่มเสี่ยงสำคัญ (ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด จิตเภท ซึมเศร้า และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q (ไตรมาส2 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 ไตรมาส 4 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ80) ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ไตรมาส 2 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 35 ไตรมาส 4 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70) 				
4	<p>ขั้นตอนที่ 1 - 3 และ</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ไตรมาส 4 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง (ไตรมาส4 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 63) 				
5	ขั้นตอนที่ 1 - 4 และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 7.8 ต่อแสนประชากร				
16. วิธีการประเมินผล	นำข้อมูลที่ได้อภิปรายวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน				

17. Small Success ปี 2569				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ ≤ 5 ต่อ ประชากรแสนคน	-	อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ ≤ 7.8 ต่อ ประชากรแสนคน	

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		2566	2567	2568	
การฆ่าตัวตายสำเร็จ (มบ.)	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.29	8.69	8.86	

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางรุ่งฤดี ไชยทองศรี เบอร์มือถือ 086-8616497	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail: mintrachaimaha@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นายณรงค์ชัย เคิกศิริ เบอร์มือถือ 081-6691062	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail: tuttu34@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางสาวนงลักษณ์ เข้มศิริ เบอร์มือถือ 062-5161046	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข E-mail: keeta.nongluk1@gmail.com
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทรศัพท์ 0-4322-1125 ต่อ 170	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทรสาร 0-4322-4037

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม								
2. เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ								
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	<p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ 2. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) 								
4. ชื่อตัวชี้วัด	<p>K202.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่นเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ</p> <p>K202.2 ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)</p>								
5. ค่าถ่วงน้ำหนัก	2								
6. คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดเข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ตาม ICD-10 โดยบันทึกตามรหัสโรค ICD-10 โรคจิตเภท (F20.X-F29.X โรคซึมเศร้า (F32.xx, F33.xx, F34.1, F38.xx, F39) โรคอารมณ์สองขั้ว (F30.xx-F31.xx) และโรคจิตจากสารเสพติด (F10.xx -F19.xx ยกเว้น F17.xx) และได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การประเมิน SMI-V ในรหัสบริการเสริมป้องกันเฉพาะ (SPECIALPP) มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 - 1B033 ดังต่อไปนี้</p> <table border="1" data-bbox="560 1406 1430 1832"> <tr> <td data-bbox="560 1406 663 1503">1B030</td> <td data-bbox="663 1406 1430 1503">การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1503 663 1599">1B031</td> <td data-bbox="663 1503 1430 1599">การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1599 663 1733">1B032</td> <td data-bbox="663 1599 1430 1733">การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่มุ่งร้าย</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1733 663 1832">1B033</td> <td data-bbox="663 1733 1430 1832">การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาคต วางเพลิงและความผิดต่อเสรีภาพ)</td> </tr> </table>	1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต	1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน	1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่มุ่งร้าย	1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาคต วางเพลิงและความผิดต่อเสรีภาพ)
1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต								
1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน								
1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่มุ่งร้าย								
1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาคต วางเพลิงและความผิดต่อเสรีภาพ)								

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>ผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่น เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช/ โรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่นจากสถานบริการใดก็ได้ (อย่างน้อย 2 ครั้ง ในปีงบประมาณ) นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยมีการประสานงาน ส่งต่อ และติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทางสาธารณสุข และ/ หรือนัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) และมีการลงรหัสการติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม (SPECIAL PP) ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="480 685 1340 734"> <tr> <td data-bbox="480 685 600 734">1B037</td> <td data-bbox="600 685 1340 734">ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง ได้รับการติดตาม</td> </tr> </table> <p>ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่นเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง ในปีงบประมาณ และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ</p> <p>ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่นเทียบกับ ประชากร ปีก่อนหน้า หมายถึง ค่าประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่คำนวณจากความชุกของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดชนิดรุนแรง 4 โรค ได้แก่ ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคกลุ่ม จิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depression) และกลุ่มติดยาและแอลกอฮอล์ (Alcohol and Drug Addiction) ร่วมกับผลการศึกษาข้อมูล SMI เทียบกับ SMI-V ที่ร้อยละ 11.92 และข้อมูลประชากรกลางปีในปีก่อนหน้า ในช่วงอายุ 15 - 60 ปี</p> <p>หมายเหตุ ค่าความชุก (Prevalence) จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566 : schizophrenia 0.78/ bipolar disorder 0.06/ major depression 2.28/ alcohol and drug addiction 1.25 (รวมความชุก SMI = 4.37)</p>			1B037	ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง ได้รับการติดตาม							
1B037	ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง ได้รับการติดตาม											
<p>7. เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<table border="1" data-bbox="472 1536 1348 1919"> <thead> <tr> <th data-bbox="472 1536 927 1592">ตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="927 1536 1134 1592">ปีงบประมาณ 69</th> <th data-bbox="1134 1536 1348 1592">ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="472 1592 927 1783">1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่น เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ</td> <td data-bbox="927 1592 1134 1783">ร้อยละ 40</td> <td data-bbox="1134 1592 1348 1783">ร้อยละ 45</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1783 927 1919">2. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)</td> <td data-bbox="927 1783 1134 1919">ร้อยละ 40</td> <td data-bbox="1134 1783 1348 1919">ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>			ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่น เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	2. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70										
1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่น เข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45										
2. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50										

8. วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อติดตาม เฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ไม่ให้กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษา</p>
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ที่ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง</p> <p>2. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรงที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในจังหวัดขอนแก่น</p>
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สถานพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น ทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รวบรวมและสรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)</p>
11. แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูล HDC Datacenter กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มรายงานมาตรฐาน) /KK transfer
12. รายการข้อมูล	<p>A = ผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่น เข้าถึงบริการต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ</p> <p>B = ประเมินการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่น เทียบกับประชากรปีก่อนหน้า</p> <p>*หา Estimate SMI= (ค่าความชุก 4.37/100) x ประชากรกลางปี 2567 (15-60 ปี) (*Prevalence : Schizophrenia 0.78 / Bipolar 0.06 / Major depressive 2.28 / Drugdependence 1.25 จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566) 4.37/100x4,2312,005 = 1,849,035 หา Estimate SMI-V = (11.92 / 100) x Estimate SMI คน 100</p> <p>2. หา Estimate SMI-V = (11.92 / 100) x Estimate SMI</p> <p>C = ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรงที่บันทึกเข้าระบบบริการ</p> <p>D = ประเมินการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่น เทียบกับประชากรปีก่อนหน้า</p> <p>**หา Estimate SMI= (ค่าความชุก 4.37/100) x ประชากรกลางปี 2567 (15-60 ปี) (*Prevalence : Schizophrenia 0.78 / Bipolar 0.06 / Major depressive 2.28 / Drug dependence 1.25 จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต 2566) 4.37/100x4,2312,000 = 1,849,035 2. หา Estimate SMI-V = (11.92 / 100) x Estimate SMI</p>
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัด K202.1 : (A/ B) x 100</p> <p>ตัวชี้วัด K202.2 : (C/ D) x 100</p>

14. ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 4			
15. เกณฑ์การให้คะแนน					
ตัวชี้วัด	เกณฑ์คะแนน				
	1	2	3	4	5
1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติด ก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัด ขอนแก่นเข้าถึงบริการได้รับการดูแล ต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	< 10	10 - 19.99	20 - 29.99	30 - 39.99	≥ 40
2. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรค จิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง (SMI-V)	< 10	10 - 19.99	20 - 29.99	30 - 39.99	≥ 40
16. วิธีการประเมินผล		รวบรวมและสรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวง สาธารณสุข (HDC)			
17. Small Success ปี 2568					
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
K202.1	-	≥ ร้อยละ 20	-	≥ ร้อยละ 40	
202(2)	-	≥ ร้อยละ 35	-	≥ ร้อยละ 40	
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2566	2567	2568	
ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง (SMI-V) ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ	-	79.63	89.31	
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด					
19.1 ชื่อ-สกุล นางรุ่งฤดี ไชยทองศรี		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
เบอร์มือถือ 086 861 6497		E-mail: mintrachaimaha@gmail.com			
19.2 ชื่อ-สกุล นายณรงค์ชัย เต็กศิริ		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
เบอร์มือถือ 081 669 1062		E-mail: tuttu34@gmail.com			
19.3 ชื่อ-สกุล นางสาวนงลักษณ์ เข้มศิริ		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข			
เบอร์มือถือ 062 516 1046		E-mail: keeta.nongluk1@gmail.com			
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			
เบอร์โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 170		เบอร์โทรสาร 0 4322 4037			

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม					
2. เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ และไร้รอยต่อ					
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)					
4. ชื่อตัวชี้วัด	K203 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)					
5. คำนวณน้ำหนัก	2					
6. คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในระบบสมัครใจ (ม.113,ม.114) ของสถานพยาบาล ยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการ คัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม ครบตาม โปรแกรมมาตรฐานต่อเนื่องจนถึงการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยกำหนด เกณฑ์มาตรฐานด้านการติดตามทางการแพทย์ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้ใช้” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี 					
7. เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>75</td> <td>75</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	75	75	
ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70					
75	75					
8. วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข					
9. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยยาเสพติดในทุกระดับความรุนแรง (แบ่งตามสี) ที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดเฉพาะระบบสมัครใจ ในสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข					
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงาน ผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)					
11. แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) (https://antidrug.moph.go.th/report/normal)					

12. รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูครบตามโปรแกรมมาตรฐาน และได้รับการดูแล ติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน* และครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุบบำบัด</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมดที่ครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุบบำบัด (ยกเว้นกรณีถูกจับ เสียชีวิต ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือบำบัดโดย Methadone)</p>					
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100					
14. ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ทุกไตรมาส)					
15. เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1 < 60	ระดับ 2 60 - 64	ระดับ 3 65 - 69	ระดับ 4 70 - 74	ระดับ 5 ≥ 75	
16. วิธีประเมินผล	<p>สถานพยาบาลยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดยสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข และกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>					
17. Small Success						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
75	75	75	75			
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)						
Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
			2566	2567	2568	
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)		ร้อยละ (เฉลี่ย 3 ปี 63.29)	60.39	46.79	82.70	
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด						
19.1 ชื่อ-สกุล นางสุกัญญา สุรารักษ์			ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
เบอร์มือถือ 095 664 0419			E-mail : nasukanya2521@gmail.com			
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวศศธร น้อยอามาตย์			ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ			
เบอร์มือถือ 097 343 0105			E-mail : sasathon.zs@gmail.com			
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			
เบอร์โทรศัพท์ 0 4322 1125						

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2. เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ และไร้รอยต่อ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	จังหวัดส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Province)
4. ชื่อตัวชี้วัด	K204 คะแนนความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลและการบริหารจัดการเชื้อื่อยาระดับอำเภอ (RDU District & AMR)
5. คำนวณน้ำหนัก ค่าเป้าหมาย	<p>2</p> <p>1. RDU District_ คะแนนเต็ม = 3.5 ระดับอำเภอ : RDU district วัดเป็นระดับคะแนนความสำเร็จ คะแนนเต็ม = 3.5 ระดับจังหวัด : เป้าหมาย RDU District \geq 80 % (21 อำเภอ) ระดับกระทรวง : เป้าหมาย RDU Province คือ RDU District \geq 50 % (13 อำเภอ)</p> <p>2. AMR คะแนนเต็ม = 1.5 ระดับอำเภอ : มีการบริหารจัดการเชื้อื่อยาในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ระดับจังหวัด : อัตราการติดเชื้อื่อยาในกระแสเลือดลดลง</p>
6. คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อื่อยาระดับอำเภอ</p> <p>หมายถึง CUP มีผลลัพธ์ในการดำเนินงาน “อำเภอส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล” (RDU District) และมีผลลัพธ์ในการจัดการเชื้อื่อยาได้ตามที่กำหนด</p> <p>2. “อำเภอส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล” (RDU District)</p> <p>หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนา ระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้อย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสาน การดำเนินงาน โดยการพัฒนางานผ่านเกณฑ์ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การพัฒนาโรงพยาบาลทั้ง รัฐและเอกชนให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) (2) การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและ ร้านยาให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU in Private Health Sectors, RDU - PCU) และ (3) การพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community, Non Health Sectors) ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในประชาชน รวมถึงการใช้อยาในสัตว์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย</p>

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>RDU Hospital หมายถึง การพัฒนาระบบยาและระบบบริการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยาจากโรงพยาบาล</p> <p>RDU PCU หมายถึง การพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยาใน รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น</p> <p>RDU in Private Health Sectors หมายถึง การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งให้บริการ ด้านยาหรือผลิตภัณฑ์ที่มุ่งหมายการรักษาโรค ได้แก่ คลินิกเอกชน ร้านยา ร้านชำ เป็นต้น</p> <p>RDU in community หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น</p> <p>Non-Health Sectors หมายถึง สถานประกอบการ/หน่วยงาน/องค์กรที่ไม่ใช่สถานบริการสุขภาพ และยังไม่มีการกำกับดูแล แต่มีการจำหน่ายยาหรือใช้ยา หรือให้บริการด้านยา เช่น ร้านชำ โรงเรียน โรงงาน ปศุสัตว์ และภาคเกษตรกรรม เป็นต้น</p> <p>RDU Coordinator หมายถึง บุคคลหรือคณะบุคคลที่รับผิดชอบหลักในงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การคิดเชิงระบบ มีทักษะการประสานงาน รวมถึงการจัดการระบบ ข้อมูลด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ตลอดจนการถ่ายทอดข้อมูลและผลักดันให้เกิดการส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมเชิงระบบอย่างมีส่วนร่วมทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชนในระดับอำเภอ</p> <p>การประเมินอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยาดำเนินการโดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 3 ส่วนผ่านเกณฑ์ทุกข้อ ดังนี้</p> <p>1).RDU-Hospital 2).RDU-PCU 3).RDU-Community</p> <p>3. การบริหารจัดการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Integrated AMR Management System) หมายถึง โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการการเพื่อลดปัญหาเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพออย่างเป็นระบบตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>7. เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>5 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) มีเป้าหมาย 2 ส่วน ได้แก่ RDU District และการบริหารจัดการจัดการเชื้อดื้อยา (Integrated AMR Management System) ดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1. RDU district (3.5 คะแนน) โดยประเมินจากการดำเนินงาน RDU ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 3 ส่วน ได้แก่</p> <p>1) RDU-Hospital 1 คะแนน (ผ่าน KPI RDU-Hospital 10 ใน 12 ข้อ)</p> <p>2) RDU-PCU 0.5 คะแนน (ผ่าน KPI ทั้ง 4 ข้อ)</p> <p>3) RDU-Community 2 คะแนน (คะแนนตามเกณฑ์แต่ละข้อ)</p>

7. เกณฑ์เป้าหมาย (ต่อ)	ส่วนที่	รายการ KPI											
	1. RDU-Hospital 1 คะแนน	<p>รพ.ผ่าน KPI RDU ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (เกณฑ์ผ่าน KPI-RDU Hospital 10 ใน 12 ข้อ) **หมายเหตุ ใน 10 ข้อที่ผ่านต้องผ่าน KPI ATB ทั้ง 4 รายการ จึงจะได้ 1 คะแนน หากผ่าน 10 ข้อ แต่ใน 10 ข้อไม่ผ่าน KPI ATB ครบทั้ง 4 รายการ จะได้ 0.5 คะแนน</p>											
	2. RDU-PCU 0.5 คะแนน	<p>CUP มีการจัดระบบความปลอดภัยด้านยาในรพ.สต. ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เฝ้าระวังและเชื่อมโยง/ ส่งต่อข้อมูล ADR/ แพ้ยา ระหว่าง รพ. และ PCU/ รพ.สต. 2. จัดระบบป้องกัน ME ใน PCU/ รพ.สต. 3. อบรม/ ฟื้นฟู/ Update ความรู้ ATB 2 โรค ใน PCC/ PCU/ รพ.สต. 100% 4. ส่งเสริมฉลากยามาตรฐาน รพ.สต. <p><u>วิธีการประเมินผ่านเกณฑ์ RDU PCU</u> ต้องผ่านตัวชี้วัดครบทั้ง 4 ข้อ จะได้ 1 คะแนน</p>											
	3.RDU-Community 2 คะแนน	<p>กำหนดหมู่บ้านต้นแบบ RDU Community (ขับเคลื่อน 5 key activities) ≥ 1 แห่ง และมีผลลัพธ์ RDU-Community ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการเฝ้าระวังและตรวจสอบร้านค้า/ร้านชำจำหน่ายยาอันตรายด้วยเครื่องมือ G-RDU โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (รพ.สต/ อสม./ เทศบาล/ อบจ./ อื่นๆ) ดังนี้ <table border="1" data-bbox="751 1137 1414 1518"> <thead> <tr> <th data-bbox="751 1137 1062 1182" rowspan="2">รายการข้อมูล</th> <th colspan="2" data-bbox="1070 1137 1414 1182">ค่าเป้าหมาย/ KPI</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1070 1193 1286 1350">หมู่บ้านต้นแบบ RDU-Community (อย่างน้อย 1 หมู่บ้าน/ อำเภอ)</th> <th data-bbox="1294 1193 1414 1350">หมู่บ้านเฝ้าระวัง คบส.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="751 1361 1062 1440">1.ร้านค้า/ร้านชำ ที่ได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวัง</td> <td data-bbox="1070 1361 1286 1440">100%</td> <td data-bbox="1294 1361 1414 1440">≥ 60%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="751 1451 1062 1518">2.ร้านค้า/ร้านชำ ที่เฝ้าระวังมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ G-RDU</td> <td data-bbox="1070 1451 1286 1518">≥ 80%</td> <td data-bbox="1294 1451 1414 1518">≥ 60%</td> </tr> </tbody> </table> 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไต stage 3-4 ที่ได้รับการเฝ้าระวังการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ/เยี่ยมบ้าน ของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด (อย่างน้อย 10 คน/หมู่บ้านต้นแบบ RDU) ได้รับการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา (DRP ≥ 80%) 3. มีผลลัพธ์การประเมิน RDU Literacy ในผู้ป่วยโรคไต (ในหมู่บ้านต้นแบบ RDU-Community) <ul style="list-style-type: none"> - Baseline - จำนวนคนรอบรู้โรคไต <p><u>วิธีการประเมินผ่านเกณฑ์ RDU-Community</u> ผ่าน 1 ข้อ ได้ 0.5 คะแนน ผ่าน 2 ข้อ ได้ 1 คะแนน ผ่าน 3 ข้อ ได้ 2 คะแนน</p>	รายการข้อมูล	ค่าเป้าหมาย/ KPI		หมู่บ้านต้นแบบ RDU-Community (อย่างน้อย 1 หมู่บ้าน/ อำเภอ)	หมู่บ้านเฝ้าระวัง คบส.	1.ร้านค้า/ร้านชำ ที่ได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวัง	100%	≥ 60%	2.ร้านค้า/ร้านชำ ที่เฝ้าระวังมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ G-RDU	≥ 80%	≥ 60%
รายการข้อมูล	ค่าเป้าหมาย/ KPI												
	หมู่บ้านต้นแบบ RDU-Community (อย่างน้อย 1 หมู่บ้าน/ อำเภอ)	หมู่บ้านเฝ้าระวัง คบส.											
1.ร้านค้า/ร้านชำ ที่ได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวัง	100%	≥ 60%											
2.ร้านค้า/ร้านชำ ที่เฝ้าระวังมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ G-RDU	≥ 80%	≥ 60%											

7. เกณฑ์เป้าหมาย (ต่อ)	<p>ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Integrated AMR Management System) (1.5 คะแนน) มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>1) มีนโยบายและแผนการขับเคลื่อนระบบการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (0.5 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินตนเองตามเกณฑ์ AMR/ วิเคราะห์ GAP - กำหนดนโยบายการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล - มีแผนการขับเคลื่อนระบบการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล <p>2) มีแนวทางการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาล (0.5 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลดการใช้ ATB โดยไม่จำเป็นในโรคที่ไม่ได้เกิดจาก bacteria (OPD 4 โรค : URI/ AD/ FTW/ APL) - ส่งเสริมการใช้ยา ATB อย่างเหมาะสมในโรคติดเชื้อ bacteria (IPD : Pneumonia/ Sepsis/ UTI) <p>3) ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ AMR ที่กำหนด (0.5 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการใช้ยา ATB OPD 4 โรค : URI/ AD/ FTW/ APL ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด (รพ. A - F3) - ร้อยละการประเมิน DUE ในผู้ป่วย IPD ที่ได้รับยา ATB (Sepsis/ Pneumonia) > 80% (รพ. A - F2) - อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (เชื้อ 3 ตัว) ลดลงจากปีก่อนหน้า <p>(เฉพาะ รพ.ขอนแก่น รพ.สิรินธร จังหวัดขอนแก่น และ รพ.ชุมแพ)</p>
8. วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยาทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับชุมชน</p> <p>2. เพื่อลดอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยาในชุมชน</p>
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>26 อำเภอ ซึ่งในแต่ละอำเภอ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า 2. หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต./ PCU/ PCC ทุกแห่ง
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานประจำเดือน/ รายงานรายไตรมาส
11. แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูล HDC/ HIS/ รายงานประจำเดือน/ รายงานเฉพาะกิจ กบรส. 2. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล/ สาธารณสุขอำเภอ 3. แบบรายงานที่กำหนด 4. G-RDU Dashboard

<p>12. รายการข้อมูล</p>	<p><u>RDU-Hospital</u></p> <p>1. ผลงาน KPI RDU Hospital ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (KPI 12 รายการ) (จาก HDC)</p> <p><u>RDU-PCU</u></p> <p>2. แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในรพ.สต.และสรุปรายงาน</p> <p>3. ระบบการเฝ้าระวังและเชื่อมโยง/ ส่งต่อข้อมูล ADR/ แพ้ยา ระหว่าง รพ. และPCU/ รพ.สต.</p> <p>4. หลักฐาน/ผลลัพธ์การอบรม/ฟื้นฟู/update ความรู้ ATB 2 โรค ใน PCC/ PCU/รพ.สต.</p> <p>5. แนวทางการส่งเสริมฉลากยามาตรฐานใน รพ.สต.</p> <p><u>RDU-community</u></p> <p>6. จำนวนและรายชื่อหมู่บ้าน RDU Community</p> <p>7. จำนวน/ ร้อยละร้านค้า/ ร้านชำที่มีการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายและผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>8. ร้อยละร้านค้า/ ร้านชำที่มีการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเกณฑ์ G-RDU</p> <p>9. จำนวนผู้ป่วยโรคไต stage 3 - 4 ที่ได้รับการเฝ้าระวัง/เยี่ยมบ้านและแก้ไข ปัญหาจากการใช้ยาตามเกณฑ์</p> <p>11. จำนวนผู้ป่วยโรคไต stage 3 - 4 ที่ได้รับการประเมิน RDU Literacy และคนรอบรู้โรคไต</p> <p><u>การบริหารจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (AMR)</u></p> <p>12. นโยบายและการพัฒนาระบบบริหารจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>13. แนวทางการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาล</p> <p>14. ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ AMR ที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการใช้ยา ATB OPD 4 โรค: URI/ AD/ FTW/ APL ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด (รพ. A - F3) - ร้อยละการประเมิน DUE ในผู้ป่วย IPD ที่ได้รับยา ATB (Sepsis/ Pneumonia) > 80 % (รพ. A - F2) - อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (เชื้อ 3 ตัว) ลดลงจากปีก่อนหน้า (เฉพาะ รพ.ขอนแก่น, รพ.สิรินธร จังหวัดขอนแก่น และชุมแพ)
<p>13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>-</p>
<p>14. ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ประเมินผล 2 รอบ โดยประเมินตามเกณฑ์ (ผลลัพธ์) และให้คะแนน ดังนี้</p> <p>รอบที่ 1 ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 : วิเคราะห์ SIM3+ประเมินผลงาน RDU Hospital</p> <p>รอบที่ 2 ช่วงเดือนมิถุนายน 2569 : ประเมินผลงาน RDU District + AMR</p>

15. เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม 5 คะแนน จาก 2 ส่วน 1. คะแนน RDU District = 3.5 คะแนน 2. คะแนน การบริหารจัดการจัดการเชื้อดื้อยา (Integrated AMR Management System) = 1.5 คะแนน				
16. วิธีประเมินผล	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
17. Small Success					
รอบ 3 เดือน - RDU hospital = 30% - AMR รายงานข้อมูลอัตราการติดเชื้อดื้อยา ปี 2568 - รายงาน SIM3	รอบ 6 เดือน - RDU Hospital = 50% - AMR รายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา ปี 2569 (รอบ 6 เดือน) - แผนการพัฒนา AMR ของหน่วยงาน - แบบประเมิน RDU Literacy CKD	รอบ 9 เดือน - RDU District=60%	รอบ 12 เดือน - RDU District =80% - AMR อัตราการติดเชื้อดื้อยา ≤ ปี 2569 (รอบ 12 เดือน)		
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2568)					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		2565	2566	2567	2568
	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ RDU District	50% (13 อำเภอ)	80.76% (21 อำเภอ)	80.76% (21 อำเภอ)	84.62% (22 อำเภอ)
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด					
19.1 ชื่อ-สกุล นางศศิธร เอื้ออนันต์		ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการพิเศษ			
เบอร์มือถือ 081 391 0199		E-mail : sasitorneu@gmail.com			
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวอิสริย์ พละสินธุ์เดชา		ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ			
เบอร์มือถือ 099 459 9594		E-mail : ipalasindecha@gmail.com			
19.3 ชื่อ-สกุล นางจิราพร ม่วงอินทร์		ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ			
เบอร์มือถือ 087 774 2120		E-mail : -			
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			
19.4 ชื่อ-สกุล นางนิสรา ศรีสุระ		ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ			
โรงพยาบาลขอนแก่น					

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2. เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ และไร้รอยต่อ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับมาเป็นซ้ำ
4. ชื่อตัวชี้วัด	K205 คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค
5. คำนวณน้ำหนัก	2
6. คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จของการรักษา (Success) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และรักษาครบกำหนด โดย พบผลตรวจเสมหะเป็นลบในเดือนสุดท้าย และก่อนนั้นอีกอย่างน้อย 1 ครั้ง</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบรายงานข้อมูลวัณโรค (NTIP) มาก่อน โดยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคเป็นผู้ป่วยใหม่ (new) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก โดยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (146 ต่อประชากรแสนคน)</p>

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตบัติการณ์วัณโรค (146 ต่อประชากรแสนคน) หรือจำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (113,000 ราย) ในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2024)</p> <p>5. การประเมินการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569)</p> <p>6. กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>6.1 การประเมินอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>6.2 การประเมินอัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>6.3 การประเมินร้อยละการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569)</p> <p>7. เงื่อนไขการคำนวณ</p> <p>7.1 การประเมินผลอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) ไม่นับรวม ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย</p> <p>7.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin-resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB), Pre-extensively drug-resistant Tuberculosis (Pre - XDR - TB) หรือ Extensively drug-resistant Tuberculosis (XDR - TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p>				
<p>7. เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>ปีงบประมาณ 2566</p>	<p>ปีงบประมาณ 2567</p>	<p>ปีงบประมาณ 2568</p>	<p>ปีงบประมาณ 2569</p>	<p>ปีงบประมาณ 2570</p>
	<p>ร้อยละ 88</p>	<p>ร้อยละ 88</p>	<p>ร้อยละ 88</p>	<p>ร้อยละ 88</p>	<p>ร้อยละ 88</p>

8. วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหาย รักษาครบ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค</p>
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ ผู้สัมผัสใกล้ชิด 3.2 ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 3.3 ผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือที่สูบบุหรี่ หรือมี DM หรือมี COPD 3.4 ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วย CKD ตั้งแต่ stage 4 ขึ้นไป, ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป), ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิ (ยากดภูมิทุกชนิด steroid prednisolone 20 mg/d, sulfasalazine cyclosporine mtx เป็นต้น) 3.5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.6 ผู้ต้องขัง 3.7 บุคลากรทางการแพทย์
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)
11. แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)
12. รายการข้อมูล	-

<p>13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568)</p> <p>คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A / B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2568</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2568) โดยการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยและพบว่าเป็น RR/ MDR/ XDR-TB ไม่ถูกนำมานับรวม</p> <p>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569)</p> <p>คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A / B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569) คิดจากอัตรา 146 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC</p> <p>ร้อยละการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray)</p> <p>คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A / B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่ม ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray)</p> <p>B = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่ม ที่ต้องได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray)</p>
<p>14. ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>- ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกเดือน</p> <p>- ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2569)</p>
<p>15. เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<p>กำหนดเป็นขั้นตอนของคะแนนความสำเร็จแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 คะแนน รายละเอียดการดำเนินงานขั้นตอนต่าง ๆ ตามเอกสารแนบท้าย</p>

16. วิธีประเมินผล	<p>เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย</p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (ไตรมาสที่ 1/ 2569) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88 แยกเป็นระดับ CUP อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 แยกเป็นระดับ CUP ร้อยละการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
--------------------------	---

17. Small Success

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กำกับติดตาม การดำเนินงาน ผ่านโปรแกรมรายงาน ข้อมูลวัณโรค ของประเทศไทย (NTIP) พร้อมทั้งผล การดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ	กำกับติดตาม การดำเนินงาน ผ่านโปรแกรมรายงาน ข้อมูลวัณโรค ของประเทศไทย (NTIP) พร้อมทั้งผล การดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ	กำกับติดตาม การดำเนินงาน ผ่านโปรแกรมรายงาน ข้อมูลวัณโรค ของประเทศไทย (NTIP) พร้อมทั้งผล การดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ	อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอด รายใหม่ ร้อยละ 88

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ	75.26	76.55	74.59
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ	102.5	94.19	98.64

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

19.1 ชื่อ-สกุล นางสาวเอ็มวิกา แสงชาติ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
เบอร์มือถือ 098 209 6938	E-mail : s.emviga@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางชัชรีญา เทพาจันทร์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์มือถือ 091 867 6409	E-mail : chatchareeya18@gmail.com
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เบอร์โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ124	เบอร์โทรสาร 0 4322 4037

รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน

ลำดับ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมิน												
1	จัดทำทะเบียนผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้าน ของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2569	0.25	ทะเบียนผู้สัมผัสผู้ร่วมบ้าน												
2	กระบวนการการติดตาม และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เพื่อลดการขาดยา	0.25	- กระบวนการ/ ช่องทางการส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามผู้ป่วยในชุมชน												
3	กระบวนการรักษา และติดตามส่งต่อข้อมูลการรักษาวัณโรคระยะแฝงในเด็ก อายุ 0 - 5 ปี	0.5	รายงานข้อมูลจากโปรแกรม NTIP												
4	อัตราการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 <table border="1" data-bbox="240 869 740 969"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0</td> <td>0.25</td> <td>0.5</td> <td>0.75</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><25</td> <td>25-49</td> <td>50-74</td> <td>75-84</td> <td>≥85</td> </tr> </table>	คะแนน	0	0.25	0.5	0.75	1	ร้อยละ	<25	25-49	50-74	75-84	≥85	1	ร้อยละการคัดกรองวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธี Chest X-Ray รายงานข้อมูลจากโปรแกรม NTIP
คะแนน	0	0.25	0.5	0.75	1										
ร้อยละ	<25	25-49	50-74	75-84	≥85										
5	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2567 ครอบคลุมรายงานการประเมินวันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้ <table border="1" data-bbox="240 1193 740 1294"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0</td> <td>0.25</td> <td>0.5</td> <td>0.75</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><25</td> <td>25-49</td> <td>50-74</td> <td>75-84</td> <td>≥85</td> </tr> </table>	คะแนน	0	0.25	0.5	0.75	1	ร้อยละ	<25	25-49	50-74	75-84	≥85	1	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ครอบคลุมรายงานวันที่ 30 กันยายน 2569 รายงานจากโปรแกรม NTIP
คะแนน	0	0.25	0.5	0.75	1										
ร้อยละ	<25	25-49	50-74	75-84	≥85										
6	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ประเมินจากผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2568 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2568) ครอบคลุมรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2569 ดังนี้ <table border="1" data-bbox="240 1615 740 1715"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0</td> <td>0.5</td> <td>1</td> <td>1.5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><50</td> <td>50-62</td> <td>63-75</td> <td>76-87</td> <td>≥88</td> </tr> </table>	คะแนน	0	0.5	1	1.5	2	ร้อยละ	<50	50-62	63-75	76-87	≥88	2	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ประเมินจากผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2568) ครอบคลุมรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2569 รายงานจากโปรแกรม NTIP
คะแนน	0	0.5	1	1.5	2										
ร้อยละ	<50	50-62	63-75	76-87	≥88										

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงาน ปี 2568 อัตราผลสำเร็จของการรักษา
 วัณโรคปอดรายใหม่ (ที่ขึ้นทะเบียนไตรมาสที่ 1/ 2568) และความครอบคลุมของการรักษา แยกราย CUP
 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2568)

ที่	CUP	อัตราความสำเร็จของการรักษา (Success rate)*		ความครอบคลุมของการรักษา (Treatment coverage)	
		เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)
1	ขอนแก่น	88	73.73	85	102.63
2	เขาสวนกวาง	88	66.67	85	54.24
3	ชนบท	88	100.00	85	87.84
4	ชุมแพ	88	75.00	85	62.83
5	ซำสูง	88	87.50	85	83.33
6	น้ำพอง	88	83.33	85	80.00
7	บ้านไผ่	88	57.14	85	101.95
8	บ้านฝาง	88	77.78	85	65.12
9	เปือยน้อย	88	100.00	85	80.65
10	พระยืน	88	88.89	85	81.48
11	พล	88	68.42	85	104.51
12	ภูผาม่าน	88	66.67	85	47.22
13	ภูเวียง	88	63.64	85	50.00
14	มัญจาคีรี	88	72.00	85	103.28
15	แวงน้อย	88	93.75	85	69.23
16	แวงใหญ่	88	75.00	85	73.91
17	ศรีนครินทร์	88	67.80	85	-
18	กระนวน	88	70.00	85	80.33
19	สิรินธร	88	87.50	85	161.54
20	สีชมพู	88	85.71	85	59.17
21	หนองเรือ	88	66.67	85	43.06
22	หนองสองห้อง	88	72.22	85	82.50
23	อุบลรัตน์	88	45.45	85	60.87
24	โนนศิลา	88	100.00	85	64.29
25	โคกโพธิ์ไชย	88	10.00	85	58.97
26	หนองนาคำ	88	100.00	85	27.03
27	เวียงเก่า	88	100.00	85	70.97

หมายเหตุ *ผลงานอัตราความสำเร็จ อยู่ระหว่างการรักษาระดับจังหวัด ร้อยละ 10.2

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2. เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ และไร้รอยต่อ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K206 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
5. คำนวณน้ำหนัก	3
6. คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานด้วยรหัส E10 - E14 และได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน โดยอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ Type area 1, 3</p> <p>ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2568</p> <p>ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานไม่มีโรคร่วม มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 7 หรือผู้ป่วยเบาหวาน มีโรคร่วม มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 8</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD-10 มีโรคร่วม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10 - E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25 2. รหัสโรคเบาหวาน E10 - E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50 3. รหัสโรคเบาหวาน E10 - E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60 - I69 4. รหัสโรคเบาหวาน E10 - E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 - 5 N18.4 - N18.5 5. รหัสโรคเบาหวาน E10 - E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคลมชักและโรคลมชัก ชนิดต่อเนื่อง G40 - G41 <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง รหัส I10 - I15</p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140/ 90 mmHg ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p>

7. เกณฑ์เป้าหมาย	1. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี \geq ร้อยละ 40 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี \geq ร้อยละ 60				
8. วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทางระบบต่าง ๆ เช่น ตา ไต ระบบประสาทส่วนปลาย ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด 2. เพื่อควบคุมและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อระบบต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคอัมพาต				
9. กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด Type area 1, 3 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด Type area 1, 3				
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม				
11. แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แพ้ม				
12. รายการข้อมูล	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี A = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย $< 140/90$ mmHg ในปีงบประมาณ B = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ				
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
14. ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
15. เกณฑ์การให้คะแนน					
เกณฑ์การให้คะแนนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี					
ค่าคะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	$<$ ร้อยละ 10.00	ร้อยละ 10.00 - 19.99	ร้อยละ 20.00 - 29.99	ร้อยละ 30.00 - 39.99	\geq ร้อยละ 40.00
เกณฑ์การให้คะแนนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี					
ค่าคะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	$<$ ร้อยละ 45.00	ร้อยละ 45.00 - 49.99	ร้อยละ 50.00 - 54.99	ร้อยละ 55.00 - 59.99	\geq ร้อยละ 60.00
16. วิธีประเมิน	ประมวลผลจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				

17. Small Success					
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 40		
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60		
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)					
โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี					
ผลงาน	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568		
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	26.74	31.81	29.98		
โรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี					
ผลงาน	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568		
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	53.28	59.29	59.10		
วิธีรวมคะแนน K206					
K206 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี					
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	< 10.00	10.00 -19.99	20.00 -29.99	30.00 -39.99	≥ 40
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	< 45.00	45.00 -49.99	50.00 -54.99	55.00 -59.99	≥ 60
รวม K206	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด					
19.1 ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ				
เบอร์มือถือ 081 380 3219	E-mail : sangdern.sopa@gmail.com				
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวภาดา สุระอามาตย์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ				
เบอร์มือถือ 094 916 5542	E-mail : arphasara.nurse@gmail.com				
19.3 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด				
เบอร์มือถือ 087 770 7761	E-mail : kanjakkittima1234@gmail.com				
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น				

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2. เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบ ส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า
4. ชื่อตัวชี้วัด	K207 ความสำเร็จของการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง K207.1 ร้อยละผู้ป่วย DM HT นิวไคโนไต เก๊าท์ ได้รับการคัดกรอง CKD K207.2 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr
5. คำนวณน้ำหนัก	2
6. คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DM) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานด้วยรหัส E10-E14 และได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน โดยอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ Type area 1,3</p> <p>2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (HT) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง รหัส I10-I15 โดยอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ Type area 1, 3</p> <p>3. ผู้ป่วยโรคนิวไคโนไต (KUB stone) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคด้วยรหัส N20.0 และไม่มีโรคไตร่วม</p> <p>4. ผู้ป่วยโรคเก๊าท์ (Gout) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ด้วยรหัส M10.9 และไม่มีโรคไตร่วม</p> <p>5. การคัดกรองความเสี่ยงของไต หมายถึง การตรวจหาค่า Creatinine, eGFR, และการตรวจปัสสาวะเพื่อหาโปรตีน</p> <p>หมายเหตุ : สามารถดูเงื่อนไขการประมวลผลเพิ่มเติมได้ที่ https://ckd72.moph.go.th/doc</p> <p>6. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้</p> <p>6.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate : GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้</p> <p>6.2 ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 60 ml/ min/ 1.73 m² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติ</p> <p>7. eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinineของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) จะเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3 - 4 เท่านั้น</p>

6. คำนิยาม (ต่อ)	8. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139', 'I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110', 'N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี eGFR มี $60 > eGFR \geq 15$
7. เกณฑ์เป้าหมาย	K207.1 \geq ร้อยละ 80 (สะสมผลงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 - 2569) K207.2 \geq ร้อยละ 66
8. วัตถุประสงค์	1. เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไตรู้ค่าความเสี่ยงโรคไต 3. เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในหน่วยบริการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการทำงาน of หลากๆ มาตรการรวมกัน
9. กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจในไต โรคเก๊าท์ ที่ยังไม่มีโรคไตร่วม 2. ผู้ป่วย CKD ระยะ 3-4 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสภุชาติไทย (File PERSON : สัญชาติไทยรหัส 099) และมีผลการตรวจ creatinine หรือผล eGFR ≥ 2 ค่าในช่วงเวลาที่กำหนด
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ผู้จัดเก็บข้อมูล : NCD/CKD Data Center ของ CUP
11. แหล่งข้อมูล	1. https://ckd72.moph.go.th/report 2. HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

<p>12. รายการข้อมูล</p>	<p>A = จำนวนผู้ป่วย DM, HT, Gout หรือ KUB stone ที่ได้รับการคัดกรองไตเสื่อม โดยได้รับการตรวจทั้ง urine protein และ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยไม่ระบุเวลาระหว่างการตรวจปัสสาวะและเลือด รหัส LAB ที่ใช้มีดังนี้</p> <p>(1) urine albumin – to – creatinine ratio (ACR) รหัส 0440206 (2) urine protein - to - creatinine ratio (UPCR) รหัส 0440205 (3) microalbuminuria รหัส 0440204 (4) macroalbuminuria รหัส 0440203 (5) serum creatinine รหัส 0581902 (6) eGFR รหัส 0581904</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย DM, HT, Gout หรือ KUB stone ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมวลผลจากรหัสโรค</p> <p>1. (E10* ถึง E14*) ลบออกด้วย (E102, E112, E122, E132, E142) 2. และ/ หรือ มีรหัสโรคเป็น (I10* ถึง I15*) ลบออกด้วย (I12*, I13*, I151) 3. และไม่มีรหัสโรค N181 - 189</p> <p>C = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 - 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5</p> <p>D = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>1.การคำนวณ Stage คำนวณเมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้เปรียบเทียบกับค่า GFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณและการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน</p> <p>2.วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFRอาศัยวิธี simple linear regression ($y = mx + b$) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร</p> $m = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2} \times 365$ <p>เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = ค่าของ eGFR ณ วันที่ตรวจ</p>
<p>13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>K207.1 ข้อมูลชุดที่ 1 (A/ B) $\times 100$ K207.2 ข้อมูลชุดที่ 2 (C/ D) $\times 100$</p>

14. ระยะเวลาประเมินผล	K207.1 (สะสมผลงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 - 2569) เริ่ม 1 ตุลาคม 2568 - รอบการนิเทศที่กำหนด K207.2 เริ่ม 1 ตุลาคม 2568 - รอบการนิเทศที่กำหนด				
15. เกณฑ์การให้คะแนน					
K207.1 ร้อยละผู้ป่วย DM HT นิวไนไต เก๊าซ์ ได้รับการคัดกรอง CKD					
1 คะแนน ≤ 64.99%	2 คะแนน 65.00 - 69.99 %	3 คะแนน 70.00 - 74.99 %	4 คะแนน 75.00 - 79.99 %	5 คะแนน ≥ 80 %	
K207.2 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr					
1 คะแนน ≤ 35.99%	2 คะแนน 36.00 - 45.99 %	3 คะแนน 46.00 - 55.99 %	4 คะแนน 56.00 - 65.99 %	5 คะแนน ≥ 66 %	
รวม K207.1 และ K207.2					
คะแนนที่ได้ ผลรวม K207.1 และK207.2	1 คะแนน 1 - 2	2 คะแนน 3 - 4	3 คะแนน 5 - 6	4 คะแนน 7 - 8	5 คะแนน 9 - 10
16. วิธีประเมิน	1. K207.1 ประเมินผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง https://ckd72.moph.go.th/report 2. K207.2 ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC				
K207.1 ร้อยละผู้ป่วย DM HT นิวไนไต เก๊าซ์ ได้รับการคัดกรอง CKD					
รอบ 3 เดือน ร้อยละ 70	รอบ 6 เดือน ร้อยละ 80	รอบ 9 เดือน ร้อยละ 90	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 100		
K207.2 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr					
รอบ 3 เดือน ร้อยละ 66	รอบ 6 เดือน ร้อยละ 66	รอบ 9 เดือน ร้อยละ 66	รอบ 12 เดือน ร้อยละ 66		
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)					
K207.1 ร้อยละผู้ป่วย DM HT นิวไนไต เก๊าซ์ ได้รับการคัดกรอง CKD					
ปีงบประมาณ 2566 NA	ปีงบประมาณ 2567 NA	ปีงบประมาณ 2568 ร้อยละ 58.07			
K207.2 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr					
ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 61.22	ปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 62.94	ปีงบประมาณ 2568 ร้อยละ 66.74			

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางยุภาพร ดีแป้น	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์มือถือ 080 462 0160	E-mail : smallbody@hotmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์มือถือ 081 380 3219	E-mail : -
19.3 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
เบอร์มือถือ 087 770 7761	E-mail : -
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 4322 1125 ต่อ 169	โทรสาร 0 4322 4037

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2. เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired
4. ชื่อตัวชี้วัด	K208 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired
5. คำนวณน้ำหนัก	1
6. คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Severe sepsis หรือ Septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับ มี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4</p> <p>1.2 ผู้ป่วย Septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่มี Hypotension ต้องใช้ Vasopressors ในการ Maintain MAP \geq 65 mm Hg และมีค่า serum lactate level $>$ 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community - acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม Hospital - acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) อัตราตายจาก Community - acquired sepsis 2) อัตราตายจาก Hospital - acquired sepsis <p>3. กลุ่มเป้าหมาย มุ่งเน้นที่กลุ่ม Community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง Hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (Sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ Tissue hypoperfusion หรือ Organ หรือมี Hypotension ต้องใช้ Vasopressors ในการ Maintain MAP \geq 65 mmHg และมีค่า Serum lactate level $>$ 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป 4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป 4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) หรือ NEWS 2 ตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไป

6. คำนิยาม (ต่อ)	<p>5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD-10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ พบว่าอัตราการอุบัติการณ์ มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ ได้ผลดีเท่าที่ควร และการติดเชื้อในกระแสเลือดยังส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>						
7. เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เกณฑ์เป้าหมายระดับจังหวัด :</p> <p>อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <table border="1" data-bbox="550 719 1439 819"> <tr> <td data-bbox="550 719 842 770">ปีงบประมาณ 2569</td> <td data-bbox="842 719 1134 770">ปีงบประมาณ 2570</td> <td data-bbox="1134 719 1439 770">ปีงบประมาณ 2571</td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 770 842 819">น้อยกว่าร้อยละ 24</td> <td data-bbox="842 770 1134 819">น้อยกว่าร้อยละ 24</td> <td data-bbox="1134 770 1439 819">น้อยกว่าร้อยละ 24</td> </tr> </table> <p>เกณฑ์เป้าหมายระดับพื้นที่ : ผ่านเกณฑ์ระดับ 5</p>	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571	น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24
ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571					
น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24					
8. วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ 2. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 						
9. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ						
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 ในฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. บันทึกข้อมูลการดูแลรักษาและส่งต่อตาม Checklist Khon Kaen Sepsis Protocol 						
11. แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลโปรแกรม Sepsis@Refer 3. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล 						
12. รายการข้อมูล	<p>รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้ในการประเมินข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (Dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5)</p>						

<p>12. รายการข้อมูล (ต่อ)</p>	<p>B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2</p> <p>ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น</p> <p>C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2</p> <p>ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย(Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น</p> <p>D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principal Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5)</p>
<p>13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired</p> $(A + C) / D \times 100$
<p>14. ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>1.รายงาน Cockpit รายไตรมาสทุก 3 เดือน</p> <p>2.นิเทศงานจังหวัด 2 ครั้ง/ ปี (ไตรมาส 2 และไตรมาส 4)</p>
<p>15. วิธีการประเมินผลและเกณฑ์การให้คะแนน</p> <p><u>วิธีการประเมินผล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินผลงานที่โรงพยาบาลส่งรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด ประเมินผลการดำเนินงานจากฐานข้อมูลในโปรแกรม Sepsis@nRefer และในฐานข้อมูลโรงพยาบาล (HDC) สนับสนุน เกณฑ์การให้คะแนน: ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล โดยการประเมินตามเกณฑ์ รายข้อ จำนวน 4 ด้าน คะแนนเต็ม 100 คะแนน ประเมินวัดระดับความสำเร็จตามคะแนนผลการดำเนินงาน โดยมีการวัดผล 5 ระดับ 	

เกณฑ์การประเมิน		
เกณฑ์การประเมิน	รายละเอียด	คะแนน
ด้านที่ 1 Pre-hospital	1.1 อัตราการประเมินคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง 608 ผู้ป่วยสงสัย Sepsis ที่ชุมชน โดยใช้ Sepsis Screening tool (NEWS Score) มากกว่าร้อยละ 80	5
	1.2 จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ และจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ การล้างมือและสุขอนามัยที่ดีในชุมชน ทุกหมู่บ้าน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	5
	1.3 จัดทำฐานข้อมูลประชาชนกลุ่มเสี่ยง 608 และรณรงค์ให้ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ มากกว่าร้อยละ 80	5
	1.4 มีระบบส่งต่อแบบ Sepsis Fast Track จากระดับปฐมภูมิ และลดระยะเวลา ก่อนเข้ารับการรักษาที่ รพ. ของผู้ป่วย Sepsis จากชุมชน (Time to hospital < 1 ชั่วโมง) มากกว่าร้อยละ 80	5
	คะแนนรวมรายด้าน	
ด้านที่ 2 In-hospital	2.1 อัตราการคัดกรองและการวินิจฉัยโรครวดเร็ว ถูกต้อง ภายใน 1 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 80	10
	2.2 อัตราการเจาะเลือดส่งตรวจ Hemoculture จำนวน 2 Specimens ก่อนให้ยา Antibiotic มากกว่าร้อยละ 80	10
	2.3 อัตราการให้ยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย มากกว่าร้อยละ 80	10
	2.4 อัตราผู้ป่วย Septic shock ได้รับสารน้ำเพียงพอ 1,500 ซีซี ภายใน 1 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 80	10
	2.5 มีการดำเนินงานจัดตั้ง Rapid Response System (RRS) และ Rapid Response System (RRT) ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ	10
	คะแนนรวมรายด้าน	
ด้านที่ 3 Post-hospital	3.1 จัดทำแนวทางการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วย และระบบติดตามผู้ป่วย Sepsis หลังจำหน่าย (Sepsis discharge Care Plan)	5
	3.2 มีระบบช่องทางการสื่อสารประสานงานเชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง รพ. และเครือข่ายในชุมชนเพื่อประสานงานและติดตามผู้ป่วย Sepsis ในชุมชนแต่ละพื้นที่	5
	3.3 ผู้ป่วย Sepsis ได้รับการติดตามหลังจำหน่าย มากกว่าร้อยละ 80	5
	3.4 อัตราการ Re-Admit ภายใน 28 วัน น้อยกว่าร้อยละ 2	5
	คะแนนรวมรายด้าน	
ด้านที่ 4 ผลลัพธ์การรักษา	4.1 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24	10
	คะแนนรวมรายด้าน	
รวมคะแนน		100

การประเมินวัดระดับความสำเร็จตามผลคะแนนการดำเนินงาน 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ	คะแนน	เกณฑ์	ความหมาย
5	90 - 100	ดีเยี่ยม	ผ่านเกณฑ์ทุกด้าน มีระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
4	80 - 89	ดีมาก	ผ่านเกณฑ์เกือบทุกด้าน มีระบบที่มั่นคงและมีประสิทธิภาพ
3	70 - 79	ดี	ผ่านเกณฑ์ส่วนใหญ่ มีระบบที่ชัดเจนแต่ควรพัฒนาในบางด้าน
2	60 - 69	พอใช้	ผ่านเกณฑ์บางด้าน ควรปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
1	ต่ำกว่า 60	ต้องปรับปรุง	ยังไม่ผ่านเกณฑ์หลายด้าน ต้องเร่งพัฒนาระบบอย่างเร่งด่วน

16. Small Success ปี 2569

ระดับจังหวัด			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายในผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแบบ รุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24	อัตราการตายในผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด แบบรุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24	อัตราการตายในผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแบบ รุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24	อัตราการตายในผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแบบ รุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24

17. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)
อัตราการตายผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community - acquired

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
น้อยกว่า ร้อยละ 24	ร้อยละ	24.97	23.83	23.14

18. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

18.1 นางนุชศรินทร์ แผงมา เบอร์มือถือ 089 944 6779	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail: Spkkpho@gmail.com
18.2 นางศิริมา นามประเสริฐ เบอร์มือถือ 081 975 7616	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ E-mail: -
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2. เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. ชื่อตัวชี้วัด	K209 ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
5. คำนวณน้ำหนัก	3
6. คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ แบบไม่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน</p> <p>การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา - ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา - ฟื้นฟูสภาพ - การบำบัดหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคสตรี: U50 ถึง U52 2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55 3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60 4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72 5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75 6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77 <p>รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)</p> <p>1100 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1101 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน</p> <p>11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน</p> <p>11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน</p> <p>1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือที่บ้าน</p> <p>11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน</p> <p>1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน</p> <p>11071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริบาลทารกด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน</p> <p>11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)</p> <p>11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)</p> <p>11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น</p> <p>11102 การให้บริการสมาธิบำบัด</p> <p>11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)</p> <p>11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)</p> <p>11105 การให้บริการกดจุด สะท้อนเท้า (Foot Reflexology)</p> <p>11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)</p>
-------------------------	--

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/ อาหารพร่อง แป้ง (Low - Carb Diet)</p> <p>11112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)</p> <p>11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน - เย็น</p> <p>11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualization Therapy)</p> <p>11181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น</p> <p>11182 การให้บริการกัวซา (Guasa)</p> <p>11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุล ร่างกาย ด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิต เพื่อสุขภาวะที่ดี)</p> <p>การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล นอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน</p> <p>1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78</p> <p>2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification/ Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79</p>
<p>7. เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 22</p>
<p>8. วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และ การฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ และหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับบริการปฐมภูมิ ในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/ เยี่ยมบ้าน) ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)</p>
<p>9. กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)</p>
<p>10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนไทยจากข้อมูล 43 เพิ่ม HDC จังหวัดขอนแก่น</p>
<p>11. แหล่งข้อมูล</p>	<p>A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือการส่งจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือการให้หัตถการ (900-77-00 ถึง 900-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) อย่างไม่อย่างหนึ่ง ทั้งนี้ ไม่นับรวมรหัส Z</p>

12. รายการข้อมูล	<p>B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่งในเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)</p> <p>โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79</p> <p>ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)</p>			
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/ B) \times 100$			
14. ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการนิเทศและประเมินผล 2 ครั้ง/ ปี			
15. เกณฑ์การให้คะแนน				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
< 15.99 %	16 - 17.99 %	18 - 19.99 %	20 - 21.99 %	≥ 22 %
16. วิธีประเมิน	ประเมินตามรอบการนิเทศร้อยละ 100			
17. Small Success ปี 2569				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	≥ 22 %	≥ 22 %	≥ 22 %	
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)				
Baseline data	ผลการดำเนินงานรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568			
	2566	2567	2568	
เมืองขอนแก่น	10.30	22.23	20.10	
บ้านฝาง	25.95	27.30	34.44	
พระยืน	21.66	20.72	25.19	
หนองเรือ	11.66	20.42	20.01	
ชุมแพ	8.57	17.95	16.91	
สีชมพู	5.14	18.52	15.75	
น้ำพอง	15.19	21.32	20.03	
อุบลรัตน์	8.63	14.27	17.71	
กระนวน	13.81	21.00	18.15	
บ้านไผ่	17.37	25.71	27.24	
เปือยน้อย	12.11	26.69	22.98	
พล	19.14	27.58	26.27	
วางใหญ่	17.79	25.92	25.59	
วางน้อย	30.65	18.30	14.84	
หนองสองห้อง	21.34	26.24	23.53	
ภูเวียง	8.70	18.38	14.01	
มัญจาคีรี	12.92	29.34	25.27	
ชนบท	12.76	28.45	26.93	

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566-2568)(ต่อ)

Baseline data	ผลการดำเนินงานรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568		
	2566	2567	2568
เขาสวนกวาง	12.41	35.43	28.53
ภูผาม่าน	9.45	26.60	26.62
ข้าสูง	5.97	17.29	16.75
โคกโพธิ์ไชย	11.95	22.27	25.93
หนองนาคำ	9.54	23.64	20.07
บ้านแฮด	12.75	20.69	18.03
โนนศิลา	26.52	23.43	27.07
เวียงเก่า	14.94	18.31	30.90
รวม	21.43	22.09	21.90

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

19.1 ชื่อ-สกุล นายพงศกร อินทร์เอี่ยม	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ
เบอร์มือถือ 099 016 9811	E-mail : pongsakorniniam8@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางวาสนา ทิพเลิศ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เบอร์มือถือ 081 729 1259	E-mail : wtipalert@gmail.com
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2. เป้าประสงค์ที่ 5	ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
4. ชื่อตัวชี้วัด	K210 ระดับการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และมีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบ Telemedicine
5. ค่าถ่วงน้ำหนัก	3
6. คำนิยาม	<p>ระบบสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ</p> <p>หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network of Primary Care Unit : NPCU)</p> <p>หน่วยบริการปฐมภูมิ (1) (สำหรับประเมินมาตรฐานฯ) หมายถึง หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่ต้องผ่านการประเมินมาตรฐานฯ จำนวน 298 หน่วย</p> <p>หน่วยบริการปฐมภูมิ (2) (สำหรับประเมินการขึ้นทะเบียน) หมายถึง หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จำนวน 170 ทีม</p> <p>หน่วยบริการปฐมภูมิ (3) (สำหรับประเมินการทำ Telemedicine) หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 แห่ง 2. หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่มีข้อมูลผู้ป่วยนอกในระบบ HDC จำนวน 19 แห่ง (เอกสารแนบท้าย 1) <p>หน่วยบริการแม่ข่าย หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ที่ดูแลระบบส่งต่อ ด้านการบำบัดรักษา ฟันฟูของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ</p> <p>Outpatient Visit (OP VISIT) หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด (ยกเว้น บริการส่งเสริม การคัดกรอง และการควบคุมโรค)</p>

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>การแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine คือการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อให้บริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพระยะไกลแก่ผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการอาจอยู่ห่างไกลกัน ทั้งนี้รวมถึงการวินิจฉัย การรักษา การติดตามผลสุขภาพ และการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ผ่านช่องทางออนไลน์หรืออุปกรณ์ดิจิทัลต่าง ๆ โดยแอปพลิเคชันเฉพาะทาง คือ หมอพร้อม หรือ สอน.บัดดี้ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine : FM) หมายถึงแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข ให้ความเห็นชอบ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor 2. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562 <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งมีขอบเขตดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้นการผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน
-------------------------	---

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัย ตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ โดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการ หรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p> <p>คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง เกณฑ์ประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568 - 2570 มีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ</p> <p>ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ</p> <p>ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม</p> <p>ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ</p> <p>ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)</p> <p>ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p> <p>โดยมีการแปลผล ดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1 - 4 หน่วยบริการต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ</p> <p>ส่วนที่ 5 - 8 หน่วยบริการต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป</p>								
<p>7. เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>7.1 เป้าหมายหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ</p> <table border="1" data-bbox="456 1574 1358 1722"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</th> <th>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PCU/ NPCU จำนวน 298 หน่วย ร้อยละ 100</td> <td>PCU/ NPCU จำนวน 298 หน่วย ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table> <p>ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p>7.2 เป้าหมายการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <table border="1" data-bbox="456 1839 1358 1984"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</th> <th>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>170 ทีม ร้อยละ 100</td> <td>170 ทีม ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570	PCU/ NPCU จำนวน 298 หน่วย ร้อยละ 100	PCU/ NPCU จำนวน 298 หน่วย ร้อยละ 100	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570	170 ทีม ร้อยละ 100	170 ทีม ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570								
PCU/ NPCU จำนวน 298 หน่วย ร้อยละ 100	PCU/ NPCU จำนวน 298 หน่วย ร้อยละ 100								
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570								
170 ทีม ร้อยละ 100	170 ทีม ร้อยละ 100								

7. เกณฑ์เป้าหมาย (ต่อ)	7.3 เป้าหมายการให้บริการ Telemedicine ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	
	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570
	267 แห่ง ร้อยละ 100	267 แห่ง ร้อยละ 100
8. วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อขับเคลื่อนการจัดตั้งและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพที่กำหนด ใน พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 2. ส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการปฐมภูมิในทุกพื้นที่เพื่อรองรับระบบสุขภาพเชิงรุกและดูแลประชาชนแบบต่อเนื่อง 3. ลดความแออัดในหน่วยบริการ 4. เพิ่มการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ที่เป็นทางเลือกที่สอดคล้องและเป็นบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน 5. เพิ่มความสะดวก ลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ 	
9. กลุ่มเป้าหมาย	<p>9.1 หน่วยบริการปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ จำนวน 298 หน่วย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 252 หน่วย 2) หน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 36 หน่วย 3) หน่วยบริการปฐมภูมิฯ สังกัดอื่นๆ จำนวน 10 หน่วย <p>9.2 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นทะเบียนฯ จำนวน 170 ทีม</p> <p>9.3 หน่วยบริการปฐมภูมิ ให้บริการ Telemedicine</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 แห่ง 2) หน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 19 แห่ง 	
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (https://pcustandard.moph.go.th) 2. ข้อมูลการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ได้แก่ ระบบ สอน. บัดดี และหมอพร้อม station 3. ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) 4. รายงานผลการประเมินคุณภาพมาตรฐาน ของคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. 	

11. แหล่งข้อมูล	1. ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (https://pcustandard.moph.go.th) 2. รายงานผลการประเมินคุณภาพมาตรฐาน ของคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. 3. เอกสารประกอบการนิเทศงานของอำเภอ ที่เตรียมเพื่อรับการนิเทศงาน ประจำปี 2569 2. ข้อมูลการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ได้แก่ ระบบ สอน. บัณฑิต และหมอปพร้อม station 3. ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิจากระบบคลังข้อมูล ด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)
12. รายการข้อมูล	1. คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับอำเภอ ที่เป็นปัจจุบัน 2. รายงานผลการตรวจประเมินพื้นที่ตนเอง ของคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ระดับ CUP 3. รายงานผลการตรวจประเมินของคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. (ประเมินไข้ว)
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	13.1 หน่วยบริการปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ สูตร $(A/B) \times 100$ A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนรวม 298 หน่วย 13.2 ขึ้นทะเบียน PCU/NPCU สูตร $(A/B) \times 100$ A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนการจัดตั้ง 170 ทีม 13.3 การให้บริการ Telemedicine ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยนอกสูตร $(A/B) \times 100$ A = จำนวนการเข้ารับบริการด้วยระบบ Telemedicine (ครั้ง) B = จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด (ยกเว้น บริการส่งเสริม การคัดกรอง และการควบคุมโรค) (ครั้ง) 13.4 ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการให้บริการ Telemedicine ร้อยละ 10 สูตร $(A/B) \times 100$ A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการให้บริการ Telemedicine ร้อยละ 10 ขึ้นไป B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (3) จำนวน 267 แห่ง
14. ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 รอบที่ 1 ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 31 ธันวาคม 2568 รอบที่ 2 ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2569 - 30 มิถุนายน 2569

15. เกณฑ์การให้คะแนน			
ลำดับ	เกณฑ์ประเมิน	คะแนน	
1	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเมินตนเองตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570 และมีแผนการพัฒนาตามส่วนขาดที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม	1	
2	มีข้อ 1 และ มี Work Flow การให้บริการ Telemedicine ที่ครอบคลุมไปถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ และมีการให้บริการ Telemedicine ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ภายในเดือนธันวาคม 2568	2	
3	มีข้อ 1, 2 และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พร้อมทีมพี่เลี้ยงสาขาชีพ ภายในเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาตามแผนปฏิบัติงานที่กำหนดฯ และมีการบันทึกผลการตรวจประเมินในระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (https://pcustandard.moph.go.th)	3	
4	มีข้อ 1, 2, 3 และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ ตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568 - 2570 ส่วนที่ 1 - 4 หน่วยบริการต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ ส่วนที่ 5 - 8 หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป	4	
5	มีข้อ 1, 2, 3, 4 และร้อยละ 100 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการให้บริการ Telemedicine ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยนอก	5	
16. วิธีการประเมินผล		ประเมินผล รอบที่ 1 30% ประเมินผล รอบที่ 2 70%	
17. Small Success ปี 2569			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับจังหวัด			
<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามคู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2568-2570 - ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับจังหวัดและอำเภอ - ประชุมเตรียมความพร้อมการดำเนินงาน Telemedicine-ออกพื้นที่ ทดสอบระบบ Telemedicine ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล ร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น - จัดกิจกรรม Kick Off Telemedicine และการประชุมชี้แจงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น - ติดตาม Work Flow ของโรงพยาบาลแม่ข่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสหวิชาชีพ และ ค.ป.ค.ม. (มาตรฐาน, เครื่องมือ, ระบบข้อมูล) - ประชุมถอดบทเรียนการพัฒนาหน่วยบริการ - รับรองการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ - ควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน - ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการให้บริการ Telemedicine ร้อยละ 10 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมเชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ ระบบสุขภาพอำเภอ (มหกรรมปฐมภูมิ จ.ขอนแก่น) - เยี่ยมเสริมพลังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน - รับรองการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ - เยี่ยมเสริมพลังคัดเลือก Best Practice หน่วยบริการปฐมภูมิ - ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการให้บริการ Telemedicine ร้อยละ 10 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน - รับรองการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ - ถอดบทเรียน/ แก้ไขปัญหาการดำเนินงาน - คืนข้อมูลแก่หน่วยบริการ

17. Small Success ปี 2569 (ต่อ)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับพื้นที่			
<p>- ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับอำเภอ และส่งข้อมูลให้จังหวัด</p> <p>- ค.ป.ค.ม.ทบทวนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามคู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2568-2570</p> <p>- จัดทำ Work Flow การให้บริการ Telemedicine ที่ครอบคลุมไปถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>- ตรวจสอบระบบโครงสร้างพื้นฐานอุปกรณ์ และสัญญาณ Internet</p> <p>- สนับสนุนลูกข่ายในการให้บริการ Telemedicine</p>	<p>- คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ระดับ CUP ออกตรวจประเมินในพื้นที่ตนเอง (ตามความเป็นจริง) และจัดทำแผนการพัฒนาตามส่วนขาดที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น</p> <p>- จัดกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังเพื่อร่วมกันพัฒนาส่วนขาด</p> <p>- คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม.ประเมินไข้และสรุปผลการดำเนินงานและมีการบันทึกผลการตรวจประเมินในระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (https://pcustandard.moph.go.th)</p> <p>- ดำเนินการ ตาม Work Flow</p> <p>- ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการให้บริการ Telemedicine ร้อยละ 10</p>	<p>- คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ประเมินไข้ และสรุปผลการดำเนินงานและมีการบันทึกผลการตรวจประเมินในระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (https://pcustandard.moph.go.th)</p> <p>- เยี่ยมเสริมพลัง คัดเลือก Best Practice</p> <p>- สรุปผลการติดตามสะท้อนปัญหา อุปสรรค</p>	<p>- รายงานสรุปผลการดำเนินงาน</p>

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)

18.1 หน่วยบริการปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2566	2567	2568
295 หน่วย ร้อยละ 98.99	ร้อยละ	N/A	123 ร้อยละ 41.28	295 98.99

18.2 ขึ้นทะเบียน PCU/NPCU

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2566	2567	2568
170 ทีม ร้อยละ 100	ร้อยละ	126 ทีม (เป้า 169 ทีม) ร้อยละ 74.56	128 ทีม (เป้า 170 ทีม) ร้อยละ 75.29	170 ทีม (เป้า 170 ทีม) ร้อยละ 100

18.3 การให้บริการ Telemedicine

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2566	2567	2568
267 แห่ง ร้อยละ 100	ร้อยละ	-	-	-

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางสาวผดาร์ณัช พลไชยมาตย์ เบอร์มือถือ 085 855 1669	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail: phadarnuch@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวมลลิกา สุขไชย เบอร์มือถือ 082 335 7390	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail: Mallika1416@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางวรรณกร ตาบ้านดู่ เบอร์มือถือ 063 583 5552	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ E-mail: fnmyi89k@gmail.com
19.4 ชื่อ-สกุล นางอนุรักษ์ สะตะ เบอร์มือถือ 089 617 6378	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ E-mail: anuraksata@gmail.com
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ เบอร์โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 236	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เบอร์โทรสาร 0 4322 4037

เอกสารแนบท้าย 1

ลำดับ	อำเภอ	หน่วยบริการปฐมภูมิ
1	อำเภอเขาสวนกวาง	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง
2	อำเภอเขาสวนกวาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจิว
3	อำเภอเขาสวนกวาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเปื่อย
4	อำเภอเขาสวนกวาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์
5	อำเภอเขาสวนกวาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง
6	อำเภอเขาสวนกวาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเมืองแอม
7	อำเภอเขาสวนกวาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงเรือ
8	อำเภอเปือยน้อย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม
9	อำเภอเปือยน้อย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว
10	อำเภอเปือยน้อย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วง
11	อำเภอเมืองขอนแก่น	ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง(รพศ.)
12	อำเภอเมืองขอนแก่น	ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร
13	อำเภอเมืองขอนแก่น	ศูนย์แพทย์มิตรภาพ(รพศ)
14	อำเภอเมืองขอนแก่น	ศูนย์แพทย์ชาติประดิษฐ์
15	อำเภอเมืองขอนแก่น	หน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง
16	อำเภอเมืองขอนแก่น	ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง
17	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด
18	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา
19	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง
20	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี

ลำดับ	อำเภอ	หน่วยบริการปฐมภูมิ
21	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระลับ
22	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ
23	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงเนียม
24	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตุม
25	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่ม
26	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า
27	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนบม
28	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ
29	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก
30	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วย
31	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแดงใหญ่
32	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน
33	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อ
34	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนช้าง
35	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชำจาน
36	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง
37	อำเภอเมืองขอนแก่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาวะถี
38	อำเภอเวียงเก่า	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่าพัฒนา
39	อำเภอเวียงเก่า	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาน้อย
40	อำเภอเวียงเก่า	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จ.ขอนแก่น
41	อำเภอแวงใหญ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนฉิม
42	อำเภอแวงใหญ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด
43	อำเภอแวงใหญ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทอง
44	อำเภอแวงใหญ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใหม่นาเพียง
45	อำเภอแวงใหญ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแดง
46	อำเภอแวงน้อย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้านเหลือง
47	อำเภอแวงน้อย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานนา
48	อำเภอแวงน้อย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่านางแนว
49	อำเภอแวงน้อย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าวัด
50	อำเภอแวงน้อย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทางขวาง
51	อำเภอโคกโพธิ์ไชย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแพง
52	อำเภอโคกโพธิ์ไชย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก
53	อำเภอโคกโพธิ์ไชย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ไชย
54	อำเภอโคกโพธิ์ไชย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยสมบูรณ
55	อำเภอโนนศิลา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัน
56	อำเภอโนนศิลา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว
57	อำเภอโนนศิลา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปือยใหญ่
58	อำเภอโนนศิลา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนแดง
59	อำเภอโนนศิลา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ
60	อำเภอโนนศิลา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศิลา

ลำดับ	อำเภอ	หน่วยบริการปฐมภูมิ
61	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งใหญ่ ตำบลบ้านฝาง
62	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์
63	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง
64	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกุงใหญ่
65	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโอง
66	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูนสาต
67	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยโจด
68	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสัง
69	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโน
70	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบ้านฝาง
71	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำคำ
72	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ้อม
73	อำเภอชนบท	ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลชนบท
74	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแก
75	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาฝาย
76	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอแดง
77	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกลาง ตำบลบ้านแท่น
78	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่น
79	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนข่า
80	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง
81	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนพยอม
82	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยไร่
83	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนคูน้อย
84	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลศรีบุญเรือง
85	อำเภอชำสูง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระนวน
86	อำเภอชำสูง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยเตย
87	อำเภอชำสูง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำแมด
88	อำเภอชำสูง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูคำ
89	อำเภอชำสูง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน
90	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งใหญ่ ตำบลบ้านฝาง
91	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์
92	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง
93	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกุงใหญ่
94	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโอง
95	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูนสาต
96	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยโจด
97	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสัง
98	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโน
99	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบ้านฝาง

ลำดับ	อำเภอ	หน่วยบริการปฐมภูมิ
100	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำคำ
101	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ้อม
102	อำเภอชนบท	ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลชนบท
103	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแก
104	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาฝาย
105	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอแดง
106	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกลาง ตำบลบ้านแท่น
107	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่น
108	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนข่า
109	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง
110	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนพยอม
111	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยไร่
112	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนดู่น้อย
113	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลศรีบุญเรือง
114	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งใหญ่ ตำบลบ้านฝาง
115	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์
116	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง
117	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกุงใหญ่
118	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโอง
119	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูนสาต
120	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยโจด
121	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสัง
122	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโน
123	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบ้านฝาง
124	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำคำ
125	อำเภอกระนวน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ้อม
126	อำเภอชนบท	ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลชนบท
127	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแก
128	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาฝาย
129	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอแดง
130	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกลาง ตำบลบ้านแท่น
131	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่น
132	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนข่า
133	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง
134	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนพยอม
135	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยไร่

ลำดับ	อำเภอ	หน่วยบริการปฐมภูมิ
136	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนคู่น้อย
137	อำเภอชนบท	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลศรีบุญเรือง
138	อำเภอชุมแพ	ศูนย์สุขภาพชุมชนชุมแพ
139	อำเภอชุมแพ	ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองคะเน
140	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังหินลาด
141	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเขียด
142	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลนาหนองทุ่ม
143	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนองทุ่ม
144	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด
145	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนหัน
146	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสาวเอ้
147	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเพียง
148	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองผือ
149	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเสาเล้า
150	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่
151	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังหูกวาง
152	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้าวเรียง
153	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนอุดม
154	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกม่วง
155	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมาลา
156	อำเภอชุมแพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชยสอ
157	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าใหญ่
158	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวเงิน
159	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกใหญ่
160	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากระเสริม
161	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่ามะเดื่อ
162	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล
163	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว่า
164	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลวังชัย
165	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกุง
166	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดพังทวย
167	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำบง
168	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาด
169	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงหวาน
170	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำแก่นคูณ
171	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำพอง
172	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดน้ำใส
173	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวใหญ่
174	อำเภอน้ำพอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม
175	อำเภอบ้านแฮด	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบ้านแฮด

ลำดับ	อำเภอ	หน่วยบริการปฐมภูมิ
176	อำเภอบ้านแฮด	ศูนย์สุขภาพชุมชนสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
177	อำเภอบ้านแฮด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพระ
178	อำเภอบ้านแฮด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวดีหมี
179	อำเภอบ้านแฮด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนหัน
180	อำเภอบ้านแฮด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าแพรก
181	อำเภอบ้านแฮด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขง
182	อำเภอบ้านแฮด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแฮด
183	อำเภอบ้านแฮด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์
184	อำเภอบ้านแฮด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขามเปีย
185	อำเภอบ้านแฮด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสำราญ
186	อำเภอบ้านแฮด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล็บเงือก โคกสำราญ
187	อำเภอบ้านแฮด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง
188	อำเภอบ้านไผ่	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเก็ง
189	อำเภอบ้านไผ่	ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่
190	อำเภอบ้านไผ่	ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนสว่างประชารักษ์
191	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย
192	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวหนอง
193	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าปอ
194	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเมือง
195	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคนเหนือ
196	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส
197	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโน
198	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่
199	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะว้า
200	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาน
201	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างแป้น
202	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินตั้ง
203	อำเภอบ้านไผ่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูเหล็ก
204	อำเภอบ้านฝาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าหวายนั่ง
205	อำเภอบ้านฝาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกงาม
206	อำเภอบ้านฝาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว
207	อำเภอบ้านฝาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่งท่า
208	อำเภอบ้านฝาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่า
209	อำเภอบ้านฝาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง
210	อำเภอบ้านฝาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฮ้อย
211	อำเภอบ้านฝาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ามะนาว
212	อำเภอภูผาม่าน	ศูนย์สุขภาพชุมชนภูผาม่าน
213	อำเภอภูผาม่าน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงสระคร่าน วังสวาบ
214	อำเภอภูผาม่าน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย
215	อำเภอภูผาม่าน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังสวาบ

ลำดับ	อำเภอ	หน่วยบริการปฐมภูมิ
216	อำเภอภูผาม่าน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด
217	อำเภอภูผาม่าน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าขาม
218	อำเภอภูผาม่าน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนคอม
219	อำเภอพล	ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพล
220	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพ็กใหญ่
221	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวทุ่ง
222	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนข่า
223	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะเขือ
224	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโสภนกเต็น
225	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองพล
226	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก่าจิว
227	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวงนางเป้า
228	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮ่องหอย
229	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวงโสภพระ
230	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใจดหนองแก
231	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลอมคอม
232	อำเภอพล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสง่า
233	อำเภออุบลรัตน์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง
234	อำเภออุบลรัตน์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอุดมศิลป์
235	อำเภออุบลรัตน์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยยาง
236	อำเภออุบลรัตน์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งโป่ง
237	อำเภออุบลรัตน์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง
238	อำเภออุบลรัตน์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำปลาหลาย
239	อำเภออุบลรัตน์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคำ
240	อำเภออุบลรัตน์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุขสำราญ
241	อำเภอภูเวียง	ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลภูเวียง
242	อำเภอภูเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกุงเงิน
243	อำเภอภูเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเรือ
244	อำเภอภูเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกุงธนสาร
245	อำเภอภูเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุมแสง
246	อำเภอภูเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสงเปือย
247	อำเภอภูเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว่า
248	อำเภอภูเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งขมพู
249	อำเภอภูเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยทอง
250	อำเภอภูเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดินดำ ตำบลดินดำ
251	อำเภอภูเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดดุก ตำบลดินดำ
252	อำเภอภูเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขอนแก่น
253	อำเภอมัญจาคีรี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าศาลา
254	อำเภอมัญจาคีรี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำแคน
255	อำเภอมัญจาคีรี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม

ลำดับ	อำเภอ	หน่วยบริการปฐมภูมิ
256	อำเภอมัญจาคีรี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางาม
257	อำเภอมัญจาคีรี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเพ็ก
258	อำเภอมัญจาคีรี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า
259	อำเภอมัญจาคีรี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองก้านเหลือง
260	อำเภอมัญจาคีรี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนหม่อน
261	อำเภอมัญจาคีรี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสัมพันธ์
262	อำเภอมัญจาคีรี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก
263	อำเภอมัญจาคีรี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแปน
264	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้งาม
265	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข
266	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสีขอมพู
267	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบริบูรณ์
268	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างทอง
269	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชำจำปา
270	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพขมพู
271	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชำยาง
272	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูห่าน
273	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสี่แยกโนนหัวนา
274	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน ตำบลนาจาน
275	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่
276	อำเภอสีขอมพู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแดง
277	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเรือ
278	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้
279	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเม็ง
280	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมือดแก้ว
281	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกง
282	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ
283	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน
284	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วย
285	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางคำ
286	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทอง
287	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทรัพย์เจริญ
288	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด
289	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสวรรค์
290	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดกว้าง
291	อำเภอหนองเรือ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนพันเรือ
292	อำเภอหนองน้ำคำ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชนวน
293	อำเภอหนองน้ำคำ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก
294	อำเภอหนองน้ำคำ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกุง
295	อำเภอหนองน้ำคำ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดธาตุ

ลำดับ	อำเภอ	หน่วยบริการปฐมภูมิ
296	อำเภอหนองน้ำคำ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง
297	อำเภอหนองสองห้อง	ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองสองห้อง
298	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเค็ง
299	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสองห้อง
300	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึมขาด
301	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนดั่ง
302	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนตู
303	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหันโจด
304	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนธาตุ
305	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแต้
306	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะกั่วป่า
307	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่ล้อม
308	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำโรง
309	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังหิน
310	อำเภอหนองสองห้อง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเม็ก
311	อำเภอพระยืน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยืน
312	อำเภอพระยืน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไต้
313	อำเภอพระยืน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง
314	อำเภอพระยืน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม
315	อำเภอพระยืน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระบุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุข
ในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วม
ทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการ
ระบบสุขภาพ

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 3	พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ
2. เป้าประสงค์ที่ 6	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K301 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง
5. คำนวณน้ำหนัก	1
6. คำนิยาม	<p>1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราวปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป</p> <p>2. สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ทักษะความสามารถหรือคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลสร้างผลงานโดดเด่นได้ในองค์กรสมรรถนะที่ผู้ปฏิบัติงานในทุกตำแหน่งและในทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ จำเป็นที่จะต้องมีความสมรรถนะที่กำหนดขึ้นเพราะมีความจำเป็นสำหรับภารกิจการปฏิบัติงานในหน้าที่ และตำแหน่งงานนั้น ๆ</p> <p>ประกอบด้วย</p> <p><u>สมรรถนะภารกิจหลัก</u></p> <p>1. สมรรถนะหลัก (Core Competency) 5 ด้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ - ด้านการให้บริการที่ดี - ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ - ด้านความยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม - ด้านการทำงานเป็นทีม <p>2. ทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ - ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ <p>3. Soft Skills</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทักษะการสื่อสาร - ทักษะความยืดหยุ่นในการทำงาน - ทักษะการทำงานเป็นทีม - ทักษะการมีทัศนคติเชิงบวก - ทักษะการจัดการเวลา

	<p>สมรรถนะภารกิจรอง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สมรรถนะด้านการทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐท้องถิ่น องค์กรเอกชนและภาคประชาสังคมในพื้นที่ระดับอำเภอ/ตำบล 2. สมรรถนะด้านการประเมินผล การดำเนินงานของเครือข่ายบริการสุขภาพ 3. สมรรถนะด้านการควบคุมมาตรฐานการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ 4. สมรรถนะด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายเร่งด่วนด้านสุขภาพของรัฐบาล กระทรวง เขตสุขภาพและจังหวัด 5. สมรรถนะด้านการพัฒนาวิชาการแก่บุคลากรสาธารณสุข องค์กรสุขภาพ ภาคประชาชนสนับสนุนวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 6. สมรรถนะด้านสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขให้ได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม 7. สมรรถนะด้านดิจิทัล ทักษะการใช้ AI ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพสร้างนวัตกรรมบริการ
7. เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ ได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะหลัก ได้แก่ สมรรถนะหลัก (Core Competency) 5 ด้าน 2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ ได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาสมรรถนะรอง อย่างน้อย 1 ด้าน โดยมุ่งเน้นที่สมรรถนะด้านดิจิทัล ทักษะการใช้ AI ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพสร้างนวัตกรรมบริการ
8. วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข 2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะและทักษะบุคลากรสาธารณสุข 3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประชาชนในพื้นที่
9. กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>รวบรวมข้อมูลจากเอกสารการเข้ารับการอบรม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แผนการพัฒนารายบุคคล (IDP) หรือรายกลุ่ม 2. แบบสรุปผลการวิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนาสมรรถนะบุคลากรของ CUP 3. แผนงาน/โครงการฝึกอบรม จากการวิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร 4. จัดทำสรุปผลการพัฒนารายบุคคล และรายกลุ่ม และสรุปผลการดำเนินงานตามสมรรถนะ
11. แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากเครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ

12. รายการข้อมูล	A = บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ B = จำนวนสมรรถนะที่ได้รับการอบรม (หลักและรอง) และโครงการการส่งเสริมสมรรถนะบุคลากรระดับ CUP
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สัดส่วนคะแนน โรงพยาบาล : สาธารณสุขอำเภอ 60 : 40
14. ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 3
15. เกณฑ์การให้คะแนน สัดส่วนคะแนน โรงพยาบาล : สาธารณสุขอำเภอ 60 : 40	
เกณฑ์โรงพยาบาล	
1. สํารวจสมรรถนะบุคลากรระดับ CUP รูปแบบ Google form (จัดทำโดย สสจ.ขอนแก่น)	1
2. วิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา สมรรถนะบุคลากร CUP	2
3. มีโครงการหรือแผนปฏิบัติการ การอบรมพัฒนา สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง (โดยต้องได้รับการอบรมพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัล ทักษะการใช้ AI ในการทำงานฯ อย่างน้อย 1 เรื่อง) ทั้งระบบ online หรือ onsite ร้อยละ 80 ของบุคลากรทั้งหมด	3
4. บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามแผนงาน หรือโครงการทั้ง สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง (โดยต้องได้รับการอบรมพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัล ทักษะการใช้ AI ในการทำงานฯ อย่างน้อย 1 เรื่อง) ทั้งระบบ online หรือ onsite ร้อยละ 80 และปฏิบัติงานตามแผนทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการนวัตกรรมบริการด้านสาธารณสุข	4
5. รายงานความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและสรุปผลการปฏิบัติงาน ทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพบริการ	5
เกณฑ์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	
1. สํารวจสมรรถนะบุคลากร สสอ. รูปแบบ Google form สสจ.ขอนแก่น	1
2. วิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา สมรรถนะบุคลากรของ สสอ.	2
3. มีแผนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม บุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้รับการอบรมพัฒนา สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง (โดยต้องได้รับการอบรมพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัล ทักษะการใช้ AI ในการทำงานฯ อย่างน้อย 1 เรื่อง) ทั้งระบบ online หรือ onsite ร้อยละ 80 ของบุคลากรทั้งหมด	3
4. บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง (โดยต้องได้รับการอบรมพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัล ทักษะการใช้ AI ในการทำงานฯ อย่างน้อย 1 เรื่อง) ทั้งระบบ online หรือ onsite ร้อยละ 80 ปฏิบัติงานตามแผนทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการนวัตกรรมบริการด้านสาธารณสุข การจัดการข้อร้องเรียน	4
5. รายงานความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและสรุปผลการปฏิบัติงาน ทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ผลการดำเนินงานการจัดการข้อร้องเรียนประชาชนในพื้นที่	5

16. วิธีการประเมินผล	<p>ประเมินผลจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการวิเคราะห์แบบสำรวจสมรรถนะบุคลากร รูปแบบ Google form จัดทำโดยสสจ.ขอนแก่น 2. แผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) หรือ รายกลุ่มของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ 3. โครงการหรือแผนปฏิบัติการ เพื่อ ส่งเสริม พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น Hard skill/ Soft skill/ AI 4. บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง Hard skill/ Soft skill/ AI 5. รายงานความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและสรุปผลการปฏิบัติงานทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข
-----------------------------	--

17. Small Success ปี 2569

โรงพยาบาล			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแบบสำรวจสมรรถนะบุคลากรเพื่อประเมินสมรรถนะรายบุคคล รูปแบบ Google form 2. จัดประชุมชี้แจงสำรวจประเมินสมรรถนะบุคลากร 3. วิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา สมรรถนะบุคลากรของ CUP 4. จัดทำแผนพัฒนารายบุคคลหรือรายกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับ CUP 5. CUP จัดทำแผนงาน/โครงการฝึกอบรมจากการวิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร Hard skill/ Soft skill/ AI 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และกลุ่มบุคลากรของ CUP Hard skill/ Soft skill/ AI ในรูปแบบ Online หรือ Onsite 2. ติดตาม กำกับ ความก้าวหน้าโครงการ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สรุปผลการพัฒนาการรายบุคคล (Individual Development Plan) และกลุ่ม 2. ประชุมติดตามรายงานความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและการผลการดำเนินงาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดเวทีสรุปผลการดำเนินงาน และคืนข้อมูล การพัฒนาและจัดทำแบบสรุปผลการฝึกอบรม การปฏิบัติงานทั้งด้าน การเพิ่มประสิทธิภาพ การทำงาน และคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข

17. Small Success ปี 2569 (ต่อ)			
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. จัดทำแบบสำรวจสมรรถนะบุคลากร สสอ. รูปแบบ Google form สสจ.ขอนแก่น</p> <p>2. จัดประชุมชี้แจงสำรวจประเมินสมรรถนะบุคลากร สสอ.</p> <p>3. วิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา สมรรถนะบุคลากรของ สสอ.</p> <p>4. จัดทำแผนพัฒนาบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม บุคลากร สสอ.</p>	<p>1. สสจ.ขอนแก่น รวบรวมช่องทางการฝึกอบรมแบบ Online ของสำนักงาน ก.พ. และศูนย์ฝึกอบรมต่างๆ</p> <p>2. มีแผนการจัดทำแผนพัฒนาบุคคล (Individual Development Plan) และกลุ่มบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <p>3. บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาอย่างน้อย 1 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ตามแผนพัฒนาบุคลากร Hard skill/Soft skill/ AI ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ</p> <p>4. ปฏิบัติงานตามแผนทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ผลการดำเนินงานการจัดการข้อร้องเรียนประชาชนในพื้นที่</p>	<p>1. บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการอบรมพัฒนาสมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรองอย่างน้อย 2 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ตามแผนพัฒนาบุคลากร Hard skill/Soft skill/ AI</p> <p>2. ปฏิบัติงานตามแผนทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ผลการดำเนินงานการจัดการข้อร้องเรียนประชาชนในพื้นที่</p>	<p>1. สรุปผลการพัฒนาการรายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม</p> <p>2. รายงานความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและสรุปผลการปฏิบัติงานทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ผลการดำเนินงานการจัดการข้อร้องเรียนประชาชนในพื้นที่</p>
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)			
-			
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด			
19.1 ชื่อ-สกุล นางมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	
โทร. 043-221125 ต่อ 113		E-mail : m.phuhongtong@gmail.com	
19.2 ชื่อ-สกุล นายวีระพงษ์ กิตติศิริวัฒนกุล		ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	
โทร. 043-221125 ต่อ 113		E-mail : hrd.khonkaen@gmail.com	
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	

ยุทธศาสตร์ที่ 4

การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มี
สมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัย
และธรรมาภิบาล

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 4	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและ ธรรมาภิบาล
2. เป้าประสงค์ที่	มีเทคโนโลยีนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหาร จัดการ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K401 จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล และมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์
5. คำนวณน้ำหนัก	3
6. คำนิยาม	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัลและมีความ มั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ที่มีการบริหารจัดการองค์กรโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นกลไก หลักในการยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุข พร้อมมีระบบความมั่นคง ปลอดภัยทางไซเบอร์ที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข
7. เกณฑ์เป้าหมาย	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะอย่างน้อยผ่านเกณฑ์ระดับเงินขึ้นไป 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง
8. วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับการบริการของโรงพยาบาลโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและความปลอดภัย 2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล โดยยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลางตอบสนองความต้องการของประชาชนและความจำเป็นด้านสุขภาพได้ 3. เพื่อให้การบริหารจัดการของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ สามารถลดขั้นตอน การทำงาน ลดภาระงานของบุคลากร และลดการใช้ทรัพยากร 4. เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้ก้าวทันเทคโนโลยีในปัจจุบัน 5. เพื่อยกระดับความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ของโรงพยาบาล 6. เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและกฎหมายด้านการคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคลและความมั่นคงปลอดภัยของภาครัฐ
9. กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (รพศ. 1 แห่ง /รพท. 5 แห่ง/ รพช. 20 แห่ง)
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกผล : ให้บันทึกผลการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะและผลการ ดำเนินงาน cyber security ปี 2569 ในระบบประเมิน KPI Dashboard ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2. ผู้จัดเก็บข้อมูล : ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลอัจฉริยะและความปลอดภัย ทางไซเบอร์
11. แหล่งข้อมูล	1. โรงพยาบาลอัจฉริยะ https://bdh-service.moph.go.th/smarthosp-quest 2. Cyber Security https://ict.moph.go.th/th

<p>12. รายการข้อมูล</p>	<p>การขับเคลื่อนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัลและมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</p> <p>1. เกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 4 ด้าน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ด้านโครงสร้างพื้นฐาน 2) ด้านบริหารจัดการ 3) ด้านการให้บริการ 4) ด้านบุคลากร <p>2. เกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ประกอบด้วย 11 ข้อ และ Plus 6 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Backup 2) Antivirus Software 3) Access Control (Public และ Private) 4) Privileged Access Management (PAM) 5) Business Continuity Plan (BCP) และ Disaster Recovery Plan (DRP) 6) OS Patching 7) Multi-Factor Authentication (2FA) 8) Web Application Firewall (WAF) 9) Log Management 10) Security Information & Event Management (SIEM) 11) Vulnerability Assessment (VA Scan) <p>และ Plus ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สำรองและปิดระบบงานที่ไม่ได้ใช้งานเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล 2) อัปเดตซอฟต์แวร์หรือแพตช์ ด้านความปลอดภัยอยู่เสมอ 3) Network Segmentation การแบ่งแยกเครือข่ายระบบสำคัญ ออกจากเครือข่ายระบบอื่น 4) ใช้ซอฟต์แวร์ถูกลิขสิทธิ์ 5) Penetration Testing ทดสอบเจาะระบบสำคัญ หรือ ที่มีความเสี่ยงและแก้ไขช่องโหว่หรือความเสี่ยงนั้น 6) มีนโยบายด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึง การส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบุคลากรด้านดังกล่าว
<p>13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>A+B / 2</p>
<p>14. ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>รายไตรมาส</p>

<p>15. เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<p>การให้คะแนนโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ปี 2569</p> <p>A = โรงพยาบาลอัจฉริยะผ่านเกณฑ์ข้อคุณภาพตามผู้รับผิดชอบงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด กำหนด จำนวน 4 ด้าน คือ (1. ด้านโครงสร้าง 2. ด้านการบริหารจัดการ 3. ด้านการบริการ 4. ด้านบุคลากร)</p> <p>***รอคะแนน แต่ละด้านจากระบบประเมิน smart hospital ปี 2569</p> <p>ผ่านเกณฑ์คะแนนด้านที่ 1 (ได้คะแนนรวม 200 คะแนนขึ้นไป) = 0.5 คะแนน หรือ (ผ่านข้อจำเป็นด้านที่ 1 ทั้งหมด) = 1 คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์คะแนนด้านที่ 2 (ได้คะแนนรวม 200 คะแนนขึ้นไป) = 0.5 คะแนน หรือ (ผ่านข้อจำเป็นด้านที่ 1 ทั้งหมด) = 1 คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์คะแนนด้านที่ 3 (ได้คะแนนรวม 200 คะแนนขึ้นไป) = 0.5 คะแนน หรือ (ผ่านข้อจำเป็นด้านที่ 1 ทั้งหมด) = 1 คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์คะแนนด้านที่ 4 (ได้คะแนนรวม 50 คะแนนขึ้นไป) = 1 คะแนน คะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน 700 คะแนนขึ้นไป = 1 คะแนน</p> <p>คะแนนเต็ม 5 คะแนน</p> <p>B = โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูงประจำปี 2569 ครบทั้ง 11 ข้อ และ Plus 6 ข้อ</p> <p>ไม่ผ่าน = 0 คะแนน ผ่าน = 5 คะแนน</p> <p>คะแนนเต็ม 5 คะแนน</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน ตามสูตรที่คำนวณได้</p>
<p>16. วิธีประเมินผล</p>	<p>การประเมินผล ในการนิเทศ CUP รอบที่ 2/ 2569</p>
<p>17. Small Success ปี 2569</p> <p>-</p>	
<p>18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)</p> <p>-</p>	

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นายกนกศักดิ์ ศักดิ์คำแหง	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
เบอร์มือถือ 096 810 8650	E-mail : at.kanoksak@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นายสุทธิศักดิ์ ธรรมพล	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
เบอร์มือถือ 082 305 7572	E-mail : buboocs@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นายธนาวุธ จำปาแดง	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
เบอร์มือถือ 082 313 6909	E-mail : tanawutlove@gmail.com
19.4 ชื่อ-สกุล นายอนิวัฒน์ พูนมณี	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์
เบอร์มือถือ 095 186 7287	E-mail : bomb.aniwat@gmail.com
19.5 ชื่อ-สกุล นายเพชร เอี่ยมสุดใจ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
เบอร์มือถือ 061 354 0905	E-mail : Phachara_pa@outlook.com
19.6 ชื่อ-สกุล นายณภัทรพล พิมพาเรือ	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์
เบอร์มือถือ 090 991 5655	E-mail : naphat.p123465@gmail.com
19.7 ชื่อ-สกุล น.ส.สมจิตร เดชาเสถียร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
เบอร์มือถือ 098 101 0754	E-mail : nongsomdec@gmail.com
กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 4	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล						
2. เป้าประสงค์ที่ 8	หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน						
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน						
4. ชื่อตัวชี้วัด	K402 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน						
5. คำนวณน้ำหนัก	1						
6. คำนิยาม	<p>มาตรฐานคุณภาพ หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพสถานบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA ชั้นมาตรฐาน หรือ ชั้นก้าวหน้า 2. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ <p>1. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>มาตรฐาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ชั้นมาตรฐาน</td> <td>โรงพยาบาลที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน</td> </tr> <tr> <td>ชั้นก้าวหน้า</td> <td>การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองชั้นก้าวหน้าได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่ง และมีความพร้อมในการพัฒนามีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ใช้สำหรับส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาและมีการประเมินผลรับรองการดำเนินงานพัฒนาสถานพยาบาลตามกฎหมายประกาศบังคับใช้กับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เป็นมาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2549 ประกาศบังคับใช้กับสถานพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศ (ทุกสังกัด ทุกกระทรวง) โดยเนื้อหาในงานในมาตรฐานประกอบด้วย 9 ด้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> ด้านที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ ด้านที่ 2 ด้านบริการสุขภาพ ด้านที่ 3 ด้านอาคาร สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านที่ 5 ด้านความปลอดภัย ด้านที่ 6 ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านที่ 7 ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ ด้านที่ 8 ด้านสารสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านที่ 9 ด้านรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ 	ระดับ	มาตรฐาน	ชั้นมาตรฐาน	โรงพยาบาลที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน	ชั้นก้าวหน้า	การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองชั้นก้าวหน้าได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่ง และมีความพร้อมในการพัฒนามีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป
ระดับ	มาตรฐาน						
ชั้นมาตรฐาน	โรงพยาบาลที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน						
ชั้นก้าวหน้า	การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองชั้นก้าวหน้าได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่ง และมีความพร้อมในการพัฒนามีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป						

6. คำนิยาม (ต่อ)	การประเมินระดับการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้				
	ระดับ	มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ			
ระดับพื้นฐาน	สถานพยาบาลเน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา/ ความเสี่ยง การให้บริการ การดูแลสถานที่และสภาพแวดล้อม หามาตรการ ป้องกันและดำเนินการต่อเนื่อง มีแผนการบริหารความเสี่ยง ด้าน โครงสร้าง กายภาพ และมีกำลังคนที่ชัดเจน ซึ่งสถานพยาบาล ต้องมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ระดับพื้นฐาน คือ มีคะแนนด้านใดด้านหนึ่งจาก 9 ด้าน ต่ำกว่า 60%</u>				
ระดับพัฒนา	สถานพยาบาลมีการเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง การประกัน คุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกันทุกหน่วย ภายในองค์กร เน้นการนำข้อมูลวิชาการ และมาตรฐานในแต่ละ ด้านมาสู่การปฏิบัติ มีการติดตามบริการที่เน้นผู้รับบริการเป็น ศูนย์กลาง อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมิน องค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพัฒนา คือ มีคะแนน ทุกด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป</u>				
ระดับคุณภาพ	สถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐานระบบบริการ สุขภาพครบถ้วน มีรูปธรรมของการพัฒนาที่ชัดเจน จนเกิด วัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินตนเอง ครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับคุณภาพ คือ มีคะแนนในทุกด้าน ทั้ง 9 ด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 85% ขึ้นไป</u>				
	<p>• การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้มีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน นำไปสู่ การปรับปรุงการให้บริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อ <ol style="list-style-type: none"> 1) การให้บริการที่มีคุณภาพ และความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน 2) เพื่อลดข้อจำกัดขั้นตอน ทำให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ 3) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ 2. ประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการที่โรงพยาบาล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น จัดทำแบบประเมิน พร้อมกับ QR code ให้กับโรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ สืบสวนความพึงพอใจ ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในห้วงเวลาที่กำหนด และ โรงพยาบาลวิเคราะห์ผลการสำรวจ นำผลการวิเคราะห์มาวางแผน/ กำหนดแนวทาง เพื่อปรับปรุงการให้บริการที่เหมาะสมให้แก่ผู้รับบริการ 				
7. เกณฑ์เป้าหมาย					
โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ				
	2568	2569	2570	2571	
รพ.ขอนแก่น (1 แห่ง)	1	1	1	1	
รพ.ชุมแพ, รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น, รพ.ร.กระนวน, รพ.พล , รพ.บ้านไผ่ (5 แห่ง)	5	5	5	5	
โรงพยาบาลชุมชน (20 แห่ง)	20	20	20	20	

8. วัตถุประสงค์	พัฒนาคุณภาพ รพศ./ รพท./ รพช. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน นำไปสู่การจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการสุขภาพ
9. กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง, โรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) www.ha.or.th 2. จัดเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ กองวิศวกรรมการแพทย์ www.hs4.hss.moph.go.th 3. โรงพยาบาลรายงานสถานการณ์การรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน 4. ระบบรายงานข้อมูลประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล สสจ. ขอนแก่น
11. แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. เว็บไซต์ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ กองวิศวกรรมการแพทย์ www.hs4.hss.moph.go.th 2. รายงานผลการรับรองมาตรฐานบริการ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ กองวิศวกรรมการแพทย์ www.hs4.hss.moph.go.th 3. เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) www.ha.or.th สำหรับประชาชน/ โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง 4. ผลสำรวจการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
12. รายการข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) 9 ด้าน จากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ กองวิศวกรรมการแพทย์ 2. ข้อมูลผลการประเมินโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HS4 จากเว็บไซต์ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ กองวิศวกรรมการแพทย์ 3. รายงานสรุปผลการสำรวจประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล สสจ.ขอนแก่น
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
14. ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 - 4

15. วิธีประเมินผล

1. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4)

: โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน 26 แห่ง

รายละเอียด	คะแนน
• มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) (3 คะแนน)	
1.1 โรงพยาบาลประเมินตนเองระบบบริการสุขภาพ ครบ 9 ด้าน	1
ในโปรแกรมประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) ครบถ้วน ทันเวลา ที่กำหนด	
1.2 ผลการประเมินระบบบริการสุขภาพ 9 ด้าน	
1.2.1 ผลการประเมินอยู่ในระดับพื้นฐาน (มีคะแนนด้านใดด้านหนึ่งจาก 9 ด้าน ต่ำกว่า 60%) หรือ	0.5
1.2.2 ผลการประเมินอยู่ในระดับพัฒนา (มีคะแนนทุกด้าน 9 ด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป) หรือ	1
1.2.3 ผลการประเมินอยู่ในระดับคุณภาพ (มีคะแนนในทุกด้าน 9 ด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 85% ขึ้นไป	2

2. การพัฒนาระบบความพึงพอใจผู้มารับบริการที่สถานบริการ (2 คะแนน)

รายละเอียด	คะแนน
การพัฒนาระบบความพึงพอใจผู้มารับบริการที่สถานบริการ	
2.1 ประเมินผลความพึงพอใจ	
• การเก็บกลุ่มตัวอย่างและผลการประเมิน แบ่งเป็น 2 กรณี	
กรณีที่ 1 เก็บกลุ่มตัวอย่างได้ตามเป้าหมายที่กำหนด แต่ ผลการประเมิน ความพึงพอใจ ≤ 85	0.5
หรือ เก็บกลุ่มตัวอย่างได้น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด และผลการประเมิน ความพึงพอใจ ≥ 85	
กรณีที่ 2 เก็บกลุ่มตัวอย่างได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ 85	1
2.2 การวิเคราะห์และปรับปรุงบริการ	
1) วิเคราะห์ผลการสำรวจความพึงพอใจ นำผลการวิเคราะห์ มาวางแผน/ กำหนดแนวทาง เพื่อปรับปรุงการให้บริการ	0.5
2) มีการดำเนินงานตามแผน	0.5

17. Small Success ปี 2569

โรงพยาบาล	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
รพศ./ รพท. (6 แห่ง)	3	3	6	6
โรงพยาบาลชุมชน (20 แห่ง)	10	10	20	20

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)

ผลงาน	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
		2566	2567	2568
รพ.ขอนแก่น, รพ.ชุมแพ, รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น (3 แห่ง)	ร้อยละ	3	3	3
โรงพยาบาลชุมชน (19 แห่ง)	ร้อยละ	16	18	17
โรงพยาบาลระดับ F3 (4 แห่ง) (ตามเกณฑ์ที่ สสจ.กำหนด)	ร้อยละ	4	4	4

19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ เบอร์มือถือ 062 614 8231	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวสิรินพร ประชุมแดง เบอร์มือถือ 086 4130167	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
19.3 ชื่อ-สกุล นางศิริมา นามประเสริฐ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 4	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและ ธรรมาภิบาล
2. เป้าประสงค์ที่ 9	มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้ กฎหมาย อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)
4. ชื่อตัวชี้วัด	K403 โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ
5. คำนวณ	2
6. คำนิยาม	<p>ส่วนที่ 1 ใช้เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติ ในมิติ ด้านการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ ระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ที่กำหนดโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ และกลุ่มตรวจสอบ ภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้</p> <p>1. จัดตั้งงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (ตามหนังสือด่วนที่สุด ที่ สธ 0201.032/ว 1707 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560)</p> <p>1.1 มีคำสั่ง หรือมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน Audit Chart เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้องของเวชระเบียน</p> <p>1.2 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลของหน่วยงาน</p> <p>2. การบันทึกข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล</p> <p>2.1 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก (OPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง</p> <p>2.2 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง</p> <p>2.3 ผู้รับผิดชอบจัดเก็บรายได้ส่งรายงานค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลางให้กับงานบัญชี</p> <p>2.4 รายงานสรุปผลการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD) และผู้ป่วยนอก (OPD) สิทธิกรมบัญชีกลาง</p> <p>3. กระบวนการเร่งรัดติดตามการเรียกเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล</p> <p>3.1 กำหนดผู้รับผิดชอบด้านการเร่งรัดติดตามหนี้ค้างชำระและผู้รับผิดชอบ การรับชำระหนี้ แยกออกจากกัน</p> <p>3.2 มีการเร่งรัดติดตามการชำระหนี้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน</p>

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) นำหนักเน้นในเรื่องต่อไปนี้</p> <p>2.1 ประเมินการดำเนินงานในตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)</p> <p>1) การบริหารแผนทางการเงิน (Planfin) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5 %</p> <ul style="list-style-type: none"> - มิติรายได้ - มิติค่าใช้จ่าย <p>2) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า & เวชภัณฑ์มีไข้ยา ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน - ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิน UC ≤ 60 วัน - ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สินชำระราชการ ≤ 60 วัน - การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) ≤ 60 วัน ยกเว้น รพ.พื้นที่เกาะ ≤ 90 วัน <p>3) การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unit Cost for OP - Unit Cost for IP - LC ค่าแรงบุคลากร - MC ค่ายา - MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ - MC ค่าเวชภัณฑ์มีไข้ยาและวัสดุการแพทย์ <p>4) คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น</p> <p>5) ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน มากกว่าหรือเท่ากับ 80 % - Sum of AdjRW เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5 % <p>2.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน (Operating Indicators)</p> <p>1) ความสามารถในการทำกำไร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) - อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) - ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) มากกว่าหรือเท่ากับ 0 <p>2) การวัดสภาพคล่องทางการเงิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) มากกว่าหรือเท่ากับ 0 - Cash Ratio มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8
<p>7. เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การดำเนินการ ระดับ 5 ขึ้นไป ทุกแห่ง</p>
<p>8. วัตถุประสงค์</p>	<p>โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น มีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพไม่มีความเสี่ยงด้านการเงิน (ระดับ 4 - 7) ศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ</p>

9. กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 แห่ง												
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามรอบประเมินผล CUP 2 ครั้ง/ปี โดยกำกับติดตามข้อมูล ผ่านกระบวนการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด และผลงานตามแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง												
11. แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลที่รับการตรวจประเมิน กลุ่มงานตรวจสอบภายใน และกลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข												
12. รายการข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สรุปผลการประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) จากหน้าเว็บไซต์ระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. งบทางการเงินจากงบทดลอง และผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาล 3. รายงานการประชุม และรายงานตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กำหนดให้รายงาน 												
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. คะแนนประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ที่กำหนดโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเว็บไซต์ https://eia.moph.go.th คะแนนเต็ม 100 คะแนน 2. คะแนนประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) uly ไตรมาส ในเว็บไซต์ https://hfo.moph.go.th ไตรมาสล่าสุด คะแนนเต็ม 100 คะแนน 												
14. ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลการดำเนินงานในรอบนิเทศรอบที่ 2/2569 โดยใช้คะแนน EIA ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 และผลประเมิน TPS ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569												
<p>15. เกณฑ์การให้คะแนน</p> <p>องค์ประกอบการประเมินข้อมูล 2 ส่วน (ส่วนที่ 1 = 100 คะแนน ส่วนที่ 2 = 100 คะแนน) ดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1 ใช้เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติ ตามเกณฑ์การประเมินประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ที่กำหนดโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ และกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยคะแนนเต็ม 100 คะแนน ตามการประเมินโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดตามเอกสารประกอบ 1</p> <p>ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS)</p> <p>คะแนนเต็ม 100 คะแนนโดยให้คะแนนตามผลการประเมิน โดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ รายละเอียดตามเอกสารประกอบ 2 ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="338 1825 1200 1926"> <thead> <tr> <th>เกรด</th> <th>เกรด A</th> <th>เกรด B</th> <th>เกรด C</th> <th>เกรด D</th> <th>เกรด F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนนที่ได้</td> <td>100</td> <td>80</td> <td>70</td> <td>60</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>		เกรด	เกรด A	เกรด B	เกรด C	เกรด D	เกรด F	คะแนนที่ได้	100	80	70	60	50
เกรด	เกรด A	เกรด B	เกรด C	เกรด D	เกรด F								
คะแนนที่ได้	100	80	70	60	50								
นำคะแนนที่ได้ทั้ง 2 ส่วน มาบวกกันแล้วหาร 2 เพื่อวัดระดับการดำเนินงาน													

16. วิธีประเมิน	คะแนนที่ได้แบ่งระดับการดำเนินการเป็น 5 ระดับ ตามคะแนนดังนี้				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 ขึ้นไป
เกณฑ์การดำเนินการปี 2569 จำนวนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การดำเนินการระดับ 5 ขึ้นไป 24 แห่ง และเป้าหมาย ในปีต่อ ๆ ไป ดังนี้					
ปีงบประมาณ 67		ปีงบประมาณ 68		ปีงบประมาณ 69	
22 แห่ง		23 แห่ง		24 แห่ง	
ปีงบประมาณ 70		ปีงบประมาณ 71		ปีงบประมาณ 72	
26 แห่ง		27 แห่ง		28 แห่ง	
วิธีการรายงาน 1. ตามรอบประเมินผล CUP 2 ครั้ง/ ปี โดยโรงพยาบาลประเมินตนเองตามเอกสารประกอบการประเมิน พร้อมส่งให้กลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.ขอนแก่น ก่อนออกประเมินจริง (ตามระยะเวลาที่กลุ่มงาน พนย. กำหนด) 2. ใช้ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริการการเงินการคลัง 5 มิติ (มิติด้านการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล) ตามเกณฑ์การประเมินประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ที่กำหนดโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน และผลการประเมินประสิทธิภาพการบริการการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) ที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขคำนวณ และเผยแพร่เพื่อใช้ควบคุมกำกับการดำเนินงาน 3. ประเมินให้คะแนน CUP ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ในรอบที่ 2/ 2569 หมายเหตุ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลผลการดำเนินงาน ส่วนของการประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ใช้ข้อมูลผลประเมิน ปี 2568 และข้อมูลการประเมินประสิทธิภาพการบริการการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) ใช้ข้อมูลผลประเมิน ณ ไตรมาส 1/2569 เพื่อประเมินส่วนขาดของโรงพยาบาล รอบที่ 2 ส่วนของการประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ใช้ข้อมูลผลประเมิน ปี 2569 และข้อมูลการประเมินประสิทธิภาพการบริการการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) ใช้ข้อมูลผลประเมิน ณ ไตรมาส 2/2569 หรือไตรมาส 3/2569					

17. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)

จากผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติ ในมิติด้านการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ และผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) ผลการดำเนินงานดังนี้

Baseline Data (ปี 2568 ไตรมาส 3)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ร้อยละ 80.76 (21 แห่ง)	จำนวน รพ.	ร้อยละ 53.84 (14 แห่ง)	ร้อยละ 84.62 (22 แห่ง)	ร้อยละ 80.76 (21 แห่ง)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานปี 2568 แยกเป็นรายโรงพยาบาล

รหัส	ชื่อหน่วยบริการ	คะแนนจาก EIA 2568 [1]	ผลประเมิน TPS-Q3-68 [2]	คะแนน จากTPS [3]	คิดเป็นคะแนนรวม [4]=([1]+[3])/2	ระดับการ ดำเนินการ
10670	รพ.ขอนแก่น	100.00	F	50.00	75.00	ระดับ 3
10995	รพ.บ้านฝาง	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
10996	รพ.พระยืน	92.86	A	100.00	96.43	ระดับ 5
10997	รพ.หนองเรือ	85.71	A	100.00	92.85	ระดับ 5
10998	รพ.ชุมแพ	100.00	B	80.00	90.00	ระดับ 5
10999	รพ.สีชมพู	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11000	รพ.น้ำพอง	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11001	รพ.อุบลรัตน์	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11002	รพ.บ้านไผ่	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11003	รพ.เปือยน้อย	92.86	A	100.00	96.43	ระดับ 5
11004	รพ.พล	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11005	รพ.เวียงใหญ่	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11006	รพ.เวียงน้อย	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11007	รพ.หนองสองห้อง	92.86	A	100.00	96.43	ระดับ 5
11008	รพ.ภูเวียง	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11009	รพ.มัธยมจตุรี	100.00	B	80.00	90.00	ระดับ 5
11010	รพ.ชนบท	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11011	รพ.เขาสวนกวาง	100.00	A	100.00	97.22	ระดับ 5
11012	รพ.ภูผาม่าน	92.86	B	80.00	86.43	ระดับ 5
11445	รพ.ร.กระนวน	85.71	C	70.00	77.85	ระดับ 3
12275	รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น	92.86	D	60.00	76.43	ระดับ 3
14132	รพ.ชำสูง	100.00	C	70.00	85.00	ระดับ 5
77649	รพ.หนองนาคำ	78.57	C	70.00	74.28	ระดับ 2
77650	รพ.เวียงเก่า	85.71	A	100.00	92.85	ระดับ 5
77651	รพ.โคกโพธิ์ไชย	100.00	C	70.00	85.00	ระดับ 5
77652	รพ.โนนศิลา	100.00	D	60.00	80.00	ระดับ 4

18. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
18.1 ชื่อ-สกุล นางวีระวรรณ เหล่าวิหวัส	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
โทรศัพท์มือถือ 089 622 4515	E-mail : vaccine2543@gmail.com
18.2 ชื่อ-สกุล นางสุภาวดี เกวานันท์	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
โทรศัพท์มือถือ 084 601 0418	E-mail : supa116@gmail.com
18.3 ชื่อ-สกุล นายจักรพรรดิ ภูวนารถ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ 088 736 9550	E-mail : maestro_goy1997@hotmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 4	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล
2. เป้าประสงค์ที่ 7	มีเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	
4. ชื่อตัวชี้วัด	K404 ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดนำไปแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น
5. คำนวณน้ำหนัก	1
6. คำนิยาม	<p>1. ผลงานวิจัย/ ผลงาน R2R (Routine to Research) หมายถึง ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์หรือวิธีการที่เชื่อถือได้ ซึ่งต้องเป็นไปตามระเบียบวิธีหรือกฎเกณฑ์ที่ถูกต้อง/ การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด เพื่อให้ได้ความรู้ที่เชื่อถือได้มีเหตุมีผลเป็นไปตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และนำไปใช้อย่างเป็นประโยชน์ในการให้บริการด้านสาธารณสุข แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจังหวัดขอนแก่นได้</p> <p>2. นวัตกรรม (Innovative) หมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น ที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน</p> <p>3. นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น</p> <p>4. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้ หมายถึงรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ)</p> <p>5. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม</p> <p>6. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้</p> <p>7. ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หมายถึง ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุข ในการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</p>

<p>6. คำนิยาม (ต่อ)</p>	<p>หมายเหตุ : ผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่หรือปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น เป็นผลงานที่มีการดำเนินการในช่วง 1 ต.ค. 2568 - 30 ก.ย. 2569 และไม่เป็นผลงานที่เป็นวิทยานิพนธ์/ ไม่เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการเรียนการสอน/การศึกษาต่อ หรือไม่เป็นผลงานวิชาการ เพื่อเลื่อนระดับให้สูงขึ้น (อวช.)</p> <p>8. ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น เป้าหมายที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น เพื่อเพิ่มอายุคาดเฉลี่ย LE / HALE และยุทธศาสตร์การยกระดับหน่วยบริการ SAP/ Service Plan/ Health Need ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง* 2. หลอดเลือดสมอง** 3. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด** 4. เบาหวานและความดันโลหิตสูง** 5. การบาดเจ็บทางถนน 6. วัณโรคปอด 7. ไตวายเรื้อรัง 8. สุขภาพจิตและยาเสพติด 9. แม่และเด็ก 10. มะเร็งทุกชนิด 11. โรคตับ <p>**ปัญหาจังหวัด และเลือกตามบริบทปัญหาของพื้นที่</p>
<p>7. เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เครือข่ายบริการสุขภาพมีผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจังหวัดขอนแก่น 2. เครือข่ายบริการสุขภาพมีการนำผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ไปใช้ประโยชน์
<p>8. วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น โดยงานวิจัย/R2R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด 2. เพื่อเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดขอนแก่น เมื่อแรกเกิด (LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี ตามเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข
<p>9. กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>เครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น</p>
<p>10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>รวบรวมข้อมูลจากเครือข่ายบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น</p>
<p>11. แหล่งข้อมูล</p>	<p>ฐานข้อมูลผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น</p>
<p>12. รายการข้อมูล</p>	<p>ฐานข้อมูลผลงานวิจัย 1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569</p>
<p>13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>-</p>

14. ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาสที่ 3-4			
15. วิธีประเมินและเกณฑ์การให้คะแนน					
ประเมินผลจาก					
1. จำนวนวิจัย หรือนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น					
2. คุณภาพผลงานวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์					
3. สัดส่วนจำนวนวิจัยต่อจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น					
4. จำนวนวิจัย หรือนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น					
ที่ได้รับพิจารณาเข้ารอบการประกวดผลงานทางวิชาการระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ					
เกณฑ์การให้คะแนน					
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	วิธีคำนวณ ระดับ รพ. A,S	วิธีคำนวณ ระดับ รพ. M	วิธีคำนวณ ระดับ รพ. F1,F2	วิธีคำนวณ ระดับ รพ. F3
1. จำนวนผลงาน ปี 2569	60 ผลงานเทียบ เป้าหมาย คะแนน	จำนวน * 60/100	จำนวน * 60/100	จำนวน * 60/100	จำนวน * 60/100
2. คุณภาพผลงานวิจัย ผ่านการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์)	10	- ไม่มีผลงาน = 0 คะแนน - 1-25% = 5 คะแนน - 26-50% = 10 คะแนน - 51-75% = 15 คะแนน - >75% = 20 คะแนน	- ไม่มีผลงาน = 0 คะแนน - 1-25% = 5 คะแนน - 26-50% = 10 คะแนน - 51-75% = 15 คะแนน - >75% = 20 คะแนน	- ไม่มีผลงาน = 0 คะแนน - 1-25% = 5 คะแนน - 26-50% = 10 คะแนน - 51-75% = 15 คะแนน - >75% = 20 คะแนน	- ไม่มีผลงาน = 0 คะแนน - 1-25% = 5 คะแนน - 26-50% = 10 คะแนน - 51-75% = 15 คะแนน - >75% = 20 คะแนน
3. วิจัย : นวัตกรรม (สัดส่วนผลงานวิจัยต่อ ผลงานนวัตกรรม)	10	- ไม่มีผลงาน = 0 คะแนน - 20:1 = 5 คะแนน - 15:1 = 10 คะแนน - 10:1 = 15 คะแนน - 5:1 = 20 คะแนน	- ไม่มีผลงาน = 0 คะแนน - 20:1 = 5 คะแนน - 15:1 = 10 คะแนน - 10:1 = 15 คะแนน - 5:1 = 20 คะแนน	- ไม่มีผลงาน = 0 คะแนน - 20:1 = 5 คะแนน - 15:1 = 10 คะแนน - 10:1 = 15 คะแนน - 5:1 = 20 คะแนน	- ไม่มีผลงาน = 0 คะแนน - 20:1 = 5 คะแนน - 15:1 = 10 คะแนน - 10:1 = 15 คะแนน - 5:1 = 20 คะแนน
4. รางวัล (ปี 2569)	20	ผ่านเข้ารอบระดับ จังหวัด 5 คะแนน เขตฯ 10 คะแนน ประเทศ 15 คะแนน รางวัล ชนะเลิศ ระดับประเทศ 20 คะแนน	ผ่านเข้ารอบระดับ จังหวัด 5 คะแนน เขตฯ 10 คะแนน ประเทศ 15 คะแนน รางวัล ชนะเลิศระดับประเทศ 20 คะแนน	ผ่านเข้ารอบระดับจังหวัด 5 คะแนน เขตฯ 10 คะแนน ประเทศ 15 คะแนน รางวัล ชนะเลิศระดับประเทศ 20 คะแนน	ผ่านเข้ารอบระดับ จังหวัด 5 คะแนน เขตฯ 10 คะแนน ประเทศ 15 คะแนน รางวัล ชนะเลิศระดับประเทศ 20 คะแนน
องค์ประกอบการจัดกลุ่ม จำนวนผลงาน รางวัล และการพัฒนาต่อเนื่อง					

16. Small Success ปี 2569				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
- วิเคราะห์ปัญหา สาธารณสุขในพื้นที่และ แก้ไขปัญหาในระดับ จังหวัด - กำหนดปัญหาที่สำคัญ และประชุมเพื่อทบทวน การแก้ไขปัญหาโดย คณะกรรมการวิจัยใน ระดับ CUP - Facilitator ขับเคลื่อน ประสานงาน กำกับ ติดตามและเป็นพี่เลี้ยง ให้กับนักวิจัยใน CUP	- จัดทำโครงสร้างวิจัยที่ แก้ไขปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญ - เสนอพิจารณา คณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ - ดำเนินการวิจัย - พัฒนาศักยภาพนักวิจัย	-สรุปผลการวิจัย - นำผลงานไปใช้ ประโยชน์จริงใน หน่วยงานหรือชุมชน ประชาชน - นำเสนอผลงานวิจัย/ R2R/นวัตกรรม ในเวที ระดับจังหวัด เขต สุขภาพ ประเทศ - เผยแพร่ผลงานวิจัย ระดับจังหวัด เขต สุขภาพ ประเทศ	- ผลงานวิจัย R2R และ นวัตกรรมที่สอดคล้องกับ ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่นเพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมา รวมถึงมี การนำไปใช้ประโยชน์ และ ได้รับพิจารณาเข้ารอบ การประกวดผลงานทาง วิชาการระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และ ระดับประเทศ	
18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566 - 2568)				
Baseline data		หน่วยวัด		
		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2566	2567	2568
400	จำนวน	283	329	448
19. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด				
19.1 ชื่อ-สกุล นางมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
เบอร์มือถือ : 085 4199464		เบอร์โทรศัพท์ : 043 221125 ต่อ 113		
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวบุษราคัม บุญหนองเหล่า		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ		
เบอร์มือถือ : 093 3712649		เบอร์โทรศัพท์ : 043 221125 ต่อ 130		
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		

กลุ่มระดับอำเภอที่ขับเคลื่อนผลงานวิจัย หรือนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น องค์ประกอบการแบ่งกลุ่ม จำนวนผลงาน รางวัล และการพัฒนาต่อเนื่อง

ตารางการจัดสรรเป้าหมาย 26 อำเภอ

อันดับ	อำเภอ	วิจัย 2569	นวัตกรรม 2569	รวม	
กลุ่ม A+: เพชร					
1	เมืองขอนแก่น	60	20	80	
2	ชุมแพ	30	10	40	
3	พล	25	8	33	
รวมกลุ่ม A+		90	30	120	
กลุ่ม A: ทอง					
4	อุบลรัตน์	18	5	23	
5	พระยืน	18	5	23	
รวมกลุ่ม A		61	18	79	
กลุ่ม B+: เงิน					
6	สีชมพู	18	4	22	
7	บ้านไผ่	16	4	20	
8	บ้านฝาง	15	4	19	
9	เวียงชัย	14	3	17	
10	ภูเวียง	14	3	17	
รวมกลุ่ม B+		77	18	95	
กลุ่ม B: ทองแดง					
11	น้ำพอง	12	3	15	
12	มัญจาคีรี	12	3	15	
13	เปือยน้อย	10	2	12	
14	เวียงใหญ่	10	2	12	
15	โคกโพธิ์ไชย	10	2	12	
รวมกลุ่ม B		54	12	66	
กลุ่ม C: พัฒนา					
16	หนองสองห้อง	12	3	15	
17	หนองเรือ	12	3	15	
18	โนนศิลา	12	3	15	
19	สีรินธร	12	3	15	
20	ภูผาม่าน	10	2	12	
รวมกลุ่ม C		58	14	72	
กลุ่ม D-F: เร่งด่วน					
21	กระนวน	10	2	12	
22	หนองนาคำ	10	2	12	
23	ชนบท	10	2	12	
24	ซำสูง	8	1	9	
25	เขาสวนกวาง	8	1	9	
26	เวียงเก่า	8	1	9	
รวมทั้งจังหวัด		26	400	100	500

ยุทธศาสตร์ที่ 5

ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม
และแพทย์แผนไทย

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 5	ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย
2. เป้าประสงค์ที่ 10	ประชาชนและนักท่องเที่ยวได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและบริการ รวมถึงเพิ่มมูลค่าสินค้าและบริการสุขภาพ
3. ตัวชี้วัดกระทรวง	อุตสาหกรรมแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
4. ชื่อตัวชี้วัด	K501 ระดับคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอ
5. คำนวณน้ำหนัก	2
6. คำนิยาม	<p>คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและการส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง ระดับผลสัมฤทธิ์ (Outcome) และ ผลผลิต (Output) ของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพในแต่ละอำเภอโดยมุ่งเน้นให้เกิด “ระบบสนับสนุนผู้ประกอบการให้สามารถผลิตและให้บริการด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย และสร้างรายได้แก่ชุมชน” ผ่านกระบวนการสำรวจฐานข้อมูลสถานประกอบการสุขภาพ การให้คำปรึกษา การส่งเสริมศักยภาพ และการจัดตั้งศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center) ครอบคลุมทุกอำเภอ โดยครอบคลุมการดำเนินงานหลัก ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การสำรวจและจัดทำทะเบียนสถานประกอบการสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบ ครบถ้วน ทันสมัย 2) การส่งเสริมและสนับสนุนผู้ประกอบการในพื้นที่ ให้สามารถผลิตหรือให้บริการด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายและได้มาตรฐาน เช่น สถานประกอบการที่มีการผลิต/จำหน่าย/นำเข้า/ส่งออก ผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ สมุนไพร ยา อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือสถานประกอบการมาตรฐานเวลเนส เช่น ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ/เสริมความงาม/สปา และสถานพยาบาล 3) การจัดตั้งศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center: OSSC) ในระดับอำเภอ เพื่อเป็นศูนย์กลางให้คำปรึกษาประสานงาน และสนับสนุนผู้ประกอบการ Wellness District พื้นที่อำเภอหรือกลุ่มอำเภอที่มีระบบสุขภาพครบวงจร โดยบูรณาการการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคและการพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีควบคู่กับการสร้างรายได้และเศรษฐกิจชุมชนอย่างยั่งยืน 4) การเชื่อมโยงเศรษฐกิจสุขภาพระดับอำเภอสู่ระดับจังหวัด ตามแผนนโยบาย “Wellness for All – สุขภาพดี เศรษฐกิจดี สังคมดี” เพื่อสร้างประเทศไทยให้เป็นสังคมสุขภาพดี ที่สุขภาพกลายเป็น “พลังทางเศรษฐกิจ” และ “Product Hub” ของกระทรวงสาธารณสุข

7. เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอ 26 แห่ง ร้อยละ 100
8. วัตถุประสงค์	เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเศรษฐกิจสุขภาพระดับอำเภอ โดยพิจารณาจากการมีข้อมูลที่ครบถ้วน การส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการด้านสุขภาพในพื้นที่ และการพัฒนาโครงสร้างสนับสนุนการให้บริการประชาชนในพื้นที่ ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ (OSSC) ซึ่งสะท้อนถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่
9. กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง, โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 23 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 26 แห่ง 2. ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 26 อำเภอ 3. ประชาชนผู้ใช้บริการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ OSSC
10. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบรายงานการให้บริการประชาชนศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ OSSC: Looker Studio / Skynet / Biz Portal 2. ทะเบียนสถานประกอบการสุขภาพ 3. คำสั่งมอบหมายงานของเจ้าหน้าที่และการเข้าร่วมอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการอนุญาตฯ Reskill – Upskill 3. รายงานการประชุมภาคี / กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ 4. รายงานการตรวจคุณภาพผลิตภัณฑ์ 5. ผลการสำรวจความพึงพอใจรายไตรมาสของผู้มารับบริการที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ OSSC
11. แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบรายงานการให้บริการประชาชน และเปิดสิทธิ์เข้าใช้ระบบ Skynet และ Biz Portal โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดขอนแก่น (Looker Studio) https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/9e7716ea-ece3-483b-8fa4-c4e8e5a9555f/page/RncuD 2. ระบบสารสนเทศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (Thai FDA Skynet) https://privus.fda.moph.go.th/ 3. ศูนย์กลางบริการภาครัฐเพื่อภาคธุรกิจ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (Biz Portal สบส.) https://bizportal.go.th/ 4. คำสั่งมอบหมายงานฯ หรือ ใบเกียรตินับัตรเข้าร่วมอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการอนุญาตฯ Reskill – Upskill 5. ผลการสำรวจความพึงพอใจรายไตรมาสของผู้มารับบริการที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ OSSC จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

12. รายการข้อมูล	1. เกณฑ์ด้านการจัดระบบบริการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ OSSC ครอบคลุมประกอบ 6 ข้อ 2. ฐานข้อมูลผู้ประกอบการและสถานประกอบการรายอำเภอ 3. รายงานบริการคุ้มครองผู้บริโภค (Pre/ Post marketing) 4. รายงานกิจกรรมสนับสนุนผู้ประกอบการระดับ 1 - 5 5. จำนวนผลิตภัณฑ์ที่ตรวจคุณภาพ และเปอร์เซ็นต์ที่ผ่านเกณฑ์	
13. สูตรคำนวณตัวชี้วัด		
ลำดับ	ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม
1	มีการจัดตั้งศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center: OSSC) ในระดับอำเภอ หากมีระดับ 1 - 4 = 1 คะแนน ระดับ 1 - 6 = 2 คะแนน	2
2	มีการสนับสนุนผู้ประกอบการเศรษฐกิจสุขภาพระดับอำเภอ ดำเนินการ 5 ระดับ หากมีระดับ 1 - 3 = 1 คะแนน ระดับ 1 - 5 = 2 คะแนน	2
3	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 95\%$	1
คะแนนรวม		5
14. ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 - 4	
15. วิธีประเมินและเกณฑ์การให้คะแนน		
รายละเอียด		คะแนน
1. การจัดตั้งศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center: OSSC) ในระดับอำเภอ (2 คะแนน) (ดำเนินการ 6 ระดับ หากดำเนินการระดับ 1-4 = 1 คะแนน/ระดับ 1-6 = 2 คะแนน) องค์กรประกอบ 6 ข้อ ดังนี้		2
1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งผู้ปฏิบัติหน้าที่ประจำศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ ณ Smart สสอ. และมีการอบรมที่เกี่ยวข้อง		1
1.2 มีฐานข้อมูลทะเบียนสถานประกอบการสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ สถานที่ผลิต/จำหน่าย/นำเข้า/ส่งออก ผลิตภัณฑ์ สมุนไพร ยา อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือสถานประกอบการมาตรฐานเวลเนส เช่น ร้านนวดเพื่อสุขภาพ/เสริมความงาม/สปา, สถานพยาบาล และร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ		
1.3 มีอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกผู้มารับบริการ ประกอบไปด้วย ป้ายแสดงจุดบริการ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ/คอมพิวเตอร์ให้บริการ/จุดนั่งพักคอย/คู่มือการให้บริการประชาชน/ทะเบียนผู้รับบริการ		
1.4 มีช่องทางการติดต่อและประชาสัมพันธ์การเปิดให้บริการศูนย์ฯ อย่างน้อย 5 ช่องทาง ได้แก่ โทรศัพท์/ เว็บไซต์/เพจ Fb/ Line/ Email/ Walk-in		

15. วิธีประเมินและเกณฑ์การให้คะแนน	
รายละเอียด	คะแนน
1.5 มีการให้บริการประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการอนุญาตฯ ได้แก่ การให้คำปรึกษาแนะนำ/การเปิดสิทธิ/การลงพื้นที่ตรวจสอบประกอบการพิจารณาอนุญาต Pre-marketing/การตรวจสอบเฝ้าระวัง Post-marketing/ การจัดการเรื่องร้องเรียน โดยรายงานผ่านระบบ Locker Studio รายงานการให้บริการขออนุญาต และเปิดสิทธิเข้าใช้ระบบ Skynet และ Biz Portal โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดขอนแก่น (เลือกรายงานข้อมูลกิจกรรม Pre-marketing หรือ Post-marketing หรือ การจัดการเรื่องร้องเรียน)	1
1.6 มีการสำรวจความต้องการและความพึงพอใจผู้มารับบริการ โดยสรุปผลรายไตรมาส	
2. การสนับสนุนผู้ประกอบการเศรษฐกิจสุขภาพระดับอำเภอ (2 คะแนน) (ดำเนินการ 5 ระดับ หากมีระดับ 1-3 = 1 คะแนน/ระดับ 1-5 = 2 คะแนน องค์กรประกอบ 5 ระดับ มีดังนี้	2
2.1 ระดับ 1: สร้างและสร้างฐานข้อมูล (Initiation) - มีการสำรวจผู้ประกอบการ/กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ - จัดทำทะเบียนสถานประกอบการด้านสุขภาพเบื้องต้น (อาหาร, สมุนไพร, เครื่องสำอาง ฯลฯ)	1
2.2 ระดับ 2: จัดตั้งและขับเคลื่อนภาคีเครือข่าย (Networking) - แต่งตั้งคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ - มีการประชุมหารือร่วมกับ อปท. /เกษตรกร/พัฒนาชุมชน/เอกชน/อิสมา/วิสาหกิจชุมชน - มีแผนบูรณาการร่วมกันในพื้นที่	
2.3 ระดับ 3: พัฒนาศักยภาพและต้นแบบ (Capacity Building) - มีการอบรม/ให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการเรื่องมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อย., OTOP, บรรจุภัณฑ์ ฯลฯ) *สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดขึ้นได้ - มีการคิดสรรและรายงาน “กลุ่มต้นแบบ หรือ ผลิตภัณฑ์ต้นแบบหรือ สถานบริการต้นแบบ” ระดับอำเภอ เข้ามายังระบบรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยสามารถอ้างอิงสินค้าหรือบริการเดิมที่มีอยู่แล้วหรือขออนุญาตใหม่ได้	
2.4) ระดับ 4: การรับรองและอนุญาต (Certification) - ผู้ประกอบการในพื้นที่ได้รับการอนุญาตผลิต/จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างน้อย 1 ราย หรือหากไม่มีการขออนุญาตใหม่ให้มีกิจกรรมการสนับสนุนรายเดิม หรือ ผู้ที่สนใจ - มีกิจกรรมสนับสนุนผู้ประกอบการสถานประกอบการด้านสุขภาพ (ร้านนวด/สปา/คลินิก) ให้ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย	1
2.5) ระดับ 5: ยกระดับและเชื่อมโยงตลาด (Sustainability & Innovation) *มีข้อใดข้อหนึ่งได้ ดังนี้ - มีการขยายผล/ยกระดับผู้ประกอบการสู่ตลาด Wellness / Health Tourism - มีการเชื่อมโยงเครือข่ายตลาดหรือหน่วยงานภาคี (สสจ.,อย., เกษตร, OTOP, DEPA, ท้องเที่ยว, มหาวิทยาลัย ฯลฯ) - มีแผนการพัฒนาอย่างยั่งยืนระดับอำเภอ - มีการสร้างเส้นทางท่องเที่ยวและสินค้า อย. ในเขตพื้นที่	
3. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 95\%$ (รวมรายการทั้งที่ สสจ. กำหนด และ CUP กำหนดเอง ด้วย kit test หรือการส่งตรวจศูนย์วิจัย)	1

16. Small Success ปี 2569			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กำกับติดตามประเด็นการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center: OSSC) ในระดับอำเภอ โดยลงพื้นที่และผ่านรายงานระบบรายงานการให้บริการประชาชน และเปิดสิทธิ์เข้าใช้ระบบ Skynet และ Biz Portal โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดขอนแก่น (Looker Studio) พร้อมทั้งผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ	กำกับติดตามการดำเนินงาน การสนับสนุนผู้ประกอบการเศรษฐกิจสุขภาพระดับอำเภอ โดยลงพื้นที่และผ่านรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับ การสนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นพร้อมทั้งผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ	กำกับติดตามการดำเนินงานจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 95\%$ ผ่านรายงานการตรวจคุณภาพผลิตภัณฑ์ พร้อมทั้งผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอ ครอบคลุมประเด็น
18. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด			
18.1 ชื่อ-สกุล นางสาวชญญ์รัชต์ นกคักดา		ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการพิเศษ	
เบอร์มือถือ 099 635 9563		E-mail : khonkaenfda@gmail.com	
18.2 ชื่อ-สกุล นางสาวสุปริญญา ประภาสสันติกุล		ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ	
เบอร์มือถือ 094 554 2691		E-mail : khonkaenfda@gmail.com	
18.3 ชื่อ-สกุล นางสาวมณูชดา คำดีบุญ		ตำแหน่ง เกษัชกรปฏิบัติการ	
เบอร์มือถือ 086 413 0167		E-mail : khonkaenfda@gmail.com	
18.4 ชื่อ-สกุล นางศิวพร ฉวีราช		ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเกษัชกรรมชำนาญงาน	
เบอร์มือถือ 089 420 7414		E-mail : khonkaenfda@gmail.com	
18.5 ชื่อ-สกุล นางกนกพร ธัญมณีสิน		ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการพิเศษ	
เบอร์มือถือ 099 6359563		หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษัชสาธารณสุข	
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษัชสาธารณสุข		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	

ภาคผนวก

คณะทำงานจัดทำเอกสาร

ที่ปรึกษา

- | | | | |
|-----|-------------------|------------------|--|
| 1. | นายอภิชัย | ลิมานนท์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| 2. | น.ส.กิตติยา | ทองสุข | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) |
| 3. | นายวิโรจน์ | เลิศพงศ์พิพัฒน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
(ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ
(ด้านเวชกรรมป้องกัน) |
| 4. | นายอดุลย์ | บำรุง | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
(ด้านเวชกรรมป้องกัน) |
| 5. | นางสาลิณี | ไวยนนท์ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) |
| 6. | นางรุ่งทอง | วัชรนุกุลเกียรติ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
(ด้านบริการทางวิชาการ) |
| 7. | นางวีรวรรณ | รุจิฉนากุล | เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) |
| 8. | นายกมล | ศรีล้อม | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาธารณสุข) |
| 9. | นางสาวศรียุทธิพิศ | ชาลีเครือ | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตสาธารณสุข) |
| 10. | น.ส.สิริพรรณ | พร้อมไพล | หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล |
| 11. | นายจักรสันต์ | เลยหยุด | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข |
| 12. | นางวารภรณ์ | ชูคันหอม | หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ |
| 13. | นางศิริมา | นามประเสริฐ | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ |
| 14. | นางกิตติมา | ก้านจักร | หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด |
| 15. | นายสมเพชร | ชมบุญ | หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย |
| 16. | น.ส.สมจิตร | เดชาเสถียร | หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล |
| 17. | นางวีระวรรณ | เหล่าวิทวัส | หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ |
| 18. | นางวรินทร์ทิพย์ | ศรีกงพลี | หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย |
| 19. | น.ส.จงกลณี | บุญอาษา | หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข |
| 20. | นางกนกพร | ธัญมณีสิน | หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข |
| 21. | นางนรินทร์รัตน์ | แก้วลา | หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ |
| 22. | นางวาสนา | ทิพเลิศ | หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 23. | นางสุภาวดี | เกาวนันทน์ | หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป |
| 24. | นางอนุรักษ์ | สะตะ | หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ |

คณะเจ้าหน้าที่จัดทำข้อมูล

คณะเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

บรรณาธิการ

นายจักรสันต์ เลยหยุด หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ผู้จัดทำเอกสาร

- | | | | |
|----|---------------|------------|---|
| 1. | นายสรายุ | มันตาพันธ์ | งานนิเทศและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข |
| 2. | นางจิรัฐติกาล | วิเศษดี | งานนิเทศและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข |
| 3. | นายอานนท์ | สีหาลุน | งานนิเทศและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข |

ออกแบบปก

นายอานนท์ สีหาลุน งานนิเทศและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

งานนิเทศและประเมินผล
 กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
 โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 163



“ขอนแก่นมหานครอีสาน สืบสานเมืองสุขภาวะดี”


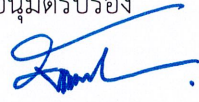

**กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น**

108 หมู่ 4 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ : 043 221 125, โทรสาร : 043 224 037

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ตามประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง คู่มือนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข
ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
วัน/เดือน/ปี : ...๓๐... ธันวาคม ๒๕๖๘	
หัวข้อ : คู่มือนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) คู่มือนิเทศ ติดตาม และประเมินผลฯ ได้แก่ ๑) นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ ๒๕๖๙ ๒) ยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙) ๓) ตัวชี้วัดนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙	
Link ภายนอก : - ไม่มี -	
หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นายสรายุ มันทาพันธ์) ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ วันที่ ๓๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายจักรสันต์ เลยหยุด) ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข วันที่ ๓๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายอานนท์ สีหาลุน) ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน วันที่ ๓๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘	