



คู่มือ

**นิเทศ ติดตาม และประเมินผล
การดำเนินงานสาธารณสุข
ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)
จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

คำนำ

หน่วยงานภาครัฐได้พัฒนาปรับเปลี่ยนกระบวนการและวิธีการทำงาน นำการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์มาประยุกต์ใช้โดยการจัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนดำเนินงานอย่างเป็นระบบให้สอดคล้อง เชื่อมโยงกับนโยบายและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ จากนโยบายรัฐบาลจนถึงยุทธศาสตร์ส่วนราชการ นำไปสู่การดำเนินงานที่สอดคล้องกันทุกระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้ดำเนินงานตามนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ถ่ายทอดนโยบายไปยังพื้นที่ และกำหนดให้มีการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP) ปีละ 2 ครั้ง โดยใช้แบบประเมินผลเป็นเครื่องมือในการกำกับติดตาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จึงได้จัดทำคู่มือนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP) โดยกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญและเกณฑ์การให้คะแนนเป็นการวัดระดับการพัฒนาของแต่ละหน่วยงาน และขอขอบคุณคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับจังหวัด ในการพิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัดและร่วมจัดทำคู่มือนิเทศ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขระดับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
4 ธันวาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568)	1
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ 2568	13
ตัวชี้วัดนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	17
ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน	21
K101 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยมารดา	21
K102 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด	30
K103 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	36
K104 เด็กอายุ 0 - 5 ปี ส่วนสูงตํ่ากว่าส่วน	43
K105 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน	47
K106 คะแนนความสำเร็จของประชาชนวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มี BMI เกิน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี BMI ลดลง ร้อยละ 3	52
K107 คะแนนความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง	56
K108 ระดับคะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke, Pneumonia และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	61
K109 ร้อยละสตรีอายุ 30-≤60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test	69
K110 ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test	72
K111 การตรวจคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	75
K112 ความสำเร็จของการจัดการหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ	87
K113 K113 โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	94
K114 อำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Plus (พขอ. Plus)	98
K115 ระดับความสำเร็จในการลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วง 1-18 ปี)	104

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมีประสิทธิภาพประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม	109
K201 ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง	109
K202 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	113
K203 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	117
K204 คะแนนความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยาระดับอำเภอ	120
K205 คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค	126
K206 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	133
K207 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 mL/min/1.73m ² /yr	137
K208 ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	140
K209 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	146
K210 ระดับความสำเร็จการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	152
K211 คะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	158
K212 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน	162
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ	166
K301 ร้อยละบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อย่างน้อย 2 เรื่อง	166
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล	170
K401 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป	170
K402 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน	174

K403	โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ	181
K404	จำนวนผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น	191
ยุทธศาสตร์ที่ 5	ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และ แพทย์แผนไทย	195
K501	คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและการส่งเสริมเศรษฐกิจ สุขภาพระดับอำเภอ	195

ภาคผนวก

คณะทำงานจัดทำเอกสาร

ยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น (ฉบับทบทวน ปังบประมาณ พ.ศ. 2568)

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)
(ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568)

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) การจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence) การพัฒนาคน (People Excellence) ระบบบริหารจัดการที่มีคุณธรรม (Governance Excellence) และส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย (Health – Related Economy Excellence)
- 2) นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนการพัฒนาสุขภาพของจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน มีความเข้มแข็งเชื่อมโยงในทิศทางเดียวกับการพัฒนาประเทศ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และความต้องการทางสุขภาพของประชาชน ภาศิทุกภาคส่วน และเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ และร่วมพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ ในทุกระดับให้เติบโตอย่างต่อเนื่อง

ระบบบริการได้มาตรฐาน หมายถึง

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

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 ให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม
- 3) พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะ มีความสุขในการทำงาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ
- 4) พัฒนาระบบบริหารจัดการให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์

- 1) สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
- 2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
- 3) พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ
- 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 ทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 6 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ 7 เทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพและบริหารจัดการ

เป้าประสงค์ที่ 8 หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ 9 มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย

เป้าประสงค์ที่ 10 ประชาชนและนักท่องเที่ยวได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและบริการ รวมถึงเพิ่มมูลค่าสินค้าและบริการทางสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่นระยะ 5 ปี พ.ศ.2566 – 2570 (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
1.สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และ คุ้มครองผู้บริโภคด้าน สุขภาพ และสนับสนุนให้ เกิดการมีส่วนร่วมจากทุก ภาคส่วน	1.ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมียุทธศาสตร์สุขภาพที่เหมาะสม	1. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 19-59 ปีมี BMI เกินได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมี BMI ลดลง 2. ร้อยละประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรค Stroke Sepsis DM HT
	2.ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน	3. จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต 4. ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย 5. ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงตํ่ากว่าปรกติ 6. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงตํ่ากว่าปรกติ 7. ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care และเข้าถึงตามสิทธิประโยชน์ 8. อัตราตายมารดา ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน 9. อัตราตายทารกแรกเกิดไม่เกิน 3.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน 10. ร้อยละผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง 11. ร้อยละสตรีอายุ 30-60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test 12. ร้อยละของประชาชนอายุ 50-70 ปี (รายใหม่) กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test 13. ร้อยละกลุ่มเป้าหมาย FIT Test ที่มีผล Positive ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy 14. อัตราความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน 15.1 อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 15.2 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
1.สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ (ต่อ)	3.ระบบคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ	16. จำนวนโรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital Challenges ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
2.พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม	4.ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ	17. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ 18. ร้อยละประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง 19. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร 20. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด (Community-Acquired) 21. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (รายใหม่) 22. ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน 23. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง 24. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 25. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 26. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ 27. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้
	5.ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ	28. ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 29. อัตราส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิเทียบกับรพ.แม่ข่าย (60 : 40)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
3.พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ	6.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ	30. ร้อยละบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างน้อย 2 เรื่อง 31. หน่วยบริการสุขภาพได้รับการพัฒนากำลังคนตามแผนยกระดับระดับบริการการจัดระบบบริการสุขภาพ(SAP)
4.การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล	7.มีเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ	32.จำนวนผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น 33. จำนวนหน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล 34. จำนวนอำเภอที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
	8.หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน	35. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 36. จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาศักยภาพเป็นองค์กรสมรรถนะสูง Smart สสอ. 37. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกสังกัด ผ่านเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ
	9. มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ	38. จำนวนโรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ
5.ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงามและแพทย์แผนไทย	10. ประชาชนและนักท่องเที่ยวได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและบริการรวมถึงเพิ่มมูลค่าสินค้าและบริการทางสุขภาพ	39. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพตามเกณฑ์

การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัด กลยุทธ์ และแผนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิด
 การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย		
			2568	2569	2570
เป้าประสงค์ 1 ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม					
1	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 19-59 ปีมี BMI เกินได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี BMI ลดลง	3.94	3	4	5
2	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	82.06	72	73	74
เป้าประสงค์ที่ 2 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน					
3	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต	26	26	26	26
4	ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	76.33	87	88	89
5	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงตํ่ากว่ามาตรฐาน	64.20	78	80	82
6	ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงตํ่ากว่ามาตรฐาน	63.83	66	69	72
7	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care และเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์	98.43	98.5	99	99.5
8	อัตราตายมารดา ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	17.39	≤14	≤13	≤12
9	อัตราตายของทารกแรกเกิดไม่เกิน 3.6 ต่อพันการเกิดมีชีพ	3.32	2.3	2.1	2.0
10	ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง	95.20	95.50	96	96.50
11	ร้อยละสตรีอายุ 30-60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA	59.34	80	80	80
12	ประชาชนอายุ 50-70 ปี (รายใหม่) กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test	100.84	97	98	99
13	กลุ่มเป้าหมาย FIT Test ที่มีผล Positive ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	81.46	85	90	100
14	อัตราความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน	100	100	100	100

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิด
การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย		
			2568	2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 3 ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ					
15	15.1 อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ลดลง	3.32	6	7	8
	15.2 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลง	-3.8	3	4	5
16	จำนวนโรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับมาตรฐาน (Standard)	9	4	2	0
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent)	12	16	17	18
	ระดับท้าทาย (Challenge)	3	6	7	8

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึง ระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย		
			2568	2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 4 ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ					
17	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	66.90	90	95	100
18	ร้อยละประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง - ตรวจด้วยวิธี Modified Kato - Katz	10.05	≤ 1	≤ 1	≤ 1
	- ตรวจด้วยวิธี OV - RDT	46.53	≤ 40	≤ 35	≤ 30
19	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	6.39	6.39	5.59	4.79
20	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด (Community - Acquired) น้อยกว่าร้อยละ 26	24.02	< 24	< 22	< 20
21	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่ต่อประชากรแสนคน	262	232	227	222
เป้าประสงค์ที่ 4 ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ					
22	ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (เป้าหมายร้อยละ 98)	93.5	99	100	100
23	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	≤ ปีที่ผ่านมา	≤ ปีที่ผ่านมา	≤ ปีที่ผ่านมา	≤ ปีที่ผ่านมา
24	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	11.01	≥ 21	≥ 22	≥ 23
25	ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	22.09	≥ 22	≥ 22	≥ 22
เป้าประสงค์ที่ 5 ประชาชนได้รับการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ					
26	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้	31.69	40	40	40
27	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้	59.3	65	70	75
28	ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	75.15	100	100	100
29	อัตราส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (60 : 40)	69.75	85	90	95

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วนใน การดูแลและจัดการระบบสุขภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย		
			2568	2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 6 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ					
30	ร้อยละบุคลากรใน สสอ.ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อย่างน้อย 2 เรื่อง (Regulator & กฎหมายและ พ.ร.บ.สาธารณสุข พ.ศ.2535)	69.23	80	90	100
31	ร้อยละหน่วยบริการได้รับการพัฒนากำลังคนตามแผนยกระดับระดับบริการสาธารณสุข (SAP)	100	100	100	100

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย		
			2568	2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 7 มีเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ					
32	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอด หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอด เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจังหวัดขอนแก่น	329	330 (เรื่อง)	363 (เรื่อง)	400 (เรื่อง)
33	จำนวนหน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล				
	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAIT	3	12	12	26
	Telemedicine	26	26	26	26
	Telepharmacy	6	26	26	26
	คิวออนไลน์	6	26	26	26
	Replication รพ.สต. > สสจ	248	28	248	248

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย		
			2568	2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 7 มีเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ					
34	หน่วยบริการที่มีการบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	1,200 ครั้ง	ตามเกณฑ์ KPI กสธ.ปี 2568	ตามเกณฑ์ KPI กสธ.ปี 2569	ตามเกณฑ์ KPI กสธ.ปี 2570
เป้าประสงค์ที่ 8 หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน					
35	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน HA ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3				
	- รพศ./ รพท.	3	3	3	3
	- รพช.	17	19	19	19
	- รพ. ระดับ F3 (ตามเกณฑ์ที่กำหนด)	4	4	4	4
36	จำนวนสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์ SMART สสอ.	5	10	15	26
37	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกสังกัด ผ่านเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ	41.08	100	100	100
เป้าประสงค์ที่ 9 มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้ กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ					
38	จำนวนโรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ	22 แห่ง	23 แห่ง	24 แห่ง	26 แห่ง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	Base line Data	เป้าหมาย		
			2568	2569	2570
เป้าประสงค์ที่ 10 ประชาชนและนักท่องเที่ยวได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและบริการ รวมถึงเพิ่มมูลค่าสินค้าและบริการทางสุขภาพ					
39	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพตามเกณฑ์	97.01	>93	>95	>98

**นโยบาย
กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ.2568**

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568

ยกระดับการสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง

1. ยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

- เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ในระบบบริการทุกระดับ โดยคำนึงถึงความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ
- พัฒนาระบบ Telemedicine / AI ทางกายภาพ และการใช้ เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ (Health Tech)
- ขยายเครือข่ายการบริการระดับปฐมภูมิ Health Station ระบบปฐมภูมิดิจิทัล ให้ทันสมัย ครอบคลุม
- พัฒนา sw.รัฐ ให้สวยงาม ทันสมัย มีระบบบริการที่ดี

2. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และบำบัดยาเสพติด

- พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการ การให้คำปรึกษา โดยนักจิตบำบัด
- ยกระดับการบำบัดรักษา มีมาตรฐานวิชาชีพ และทีมชุมชนลุ่มรัก ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังบำบัด
- ตั้งกรมสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด เร่งรัดปรับปรุงโครงสร้างระดับพื้นที่

3. คนไทยห่างไกลโรค และภัยสุขภาพ

- ส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ เพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (NCDs)
- ผลักดันแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสุขภาพองค์รวมสู่การปฏิบัติ
- ปรับปรุงกฎหมายและมาตรการให้สอดคล้องการควบคุม ดูแล ส่งเสริมสุขภาพ เช่น พสบ. NCDs การป้องกันผู้สูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า
- สนับสนุนแนวคิด สุขภาพดี สักสิประโยชน์เพิ่ม
- สานต่อ วัคซีน HPV / วัคซีนป้องกันมะเร็ง / มะเร็งกระบังลม
- ผลักดันแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว เชื่อมโยงสุขภาพคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม



4. สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพ ภาคประชาชน

- พัฒนากฎหมายสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เช่น พสบ. อสม.
- เพิ่มศักยภาพ อสม. เพื่อส่งเสริมงานสุขภาพเชิงรุกในชุมชน
- ส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพ ของประชาชนทุกกลุ่ม

7. บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

- สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการลงทุนพัฒนาการสาธารณสุข นโยบาย 50 เขต 50 sw. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- พัฒนากฎหมาย / ระบบสนับสนุน การบริหารจัดการ sw. และการจัดซื้อจัดจ้าง
- บริหารจัดการกองทุน / งบประมาณ อย่างมีประสิทธิภาพ
- เพิ่มการผลิตแพทย์ และบุคลากรด้านสาธารณสุข สร้างเสริมคุณภาพชีวิต ทั่วถึงเข้าถึง ผลักดัน พสบ. ก.สร.
- ส่งเสริม sw. สืบเชื้อ ปรับปรุงให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

6. เพิ่มศักยภาพเศรษฐกิจสุขภาพ สู่ Medical & Wellness Hub

- ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความปลอดภัยทุกมิติ
- ยกระดับภูมิปัญญาไทย ส่งเสริมการใช้แพทย์แผนไทย และสมุนไพรเพื่อการแพทย์ ในระบบบริการสุขภาพ
- เพิ่มโอกาสการเติบโตธุรกิจการแพทย์และสุขภาพ ปรับปรุงกฎระเบียบ ลดขั้นตอนการอนุมัติ / อนุญาต
- ส่งเสริมการต่อยอดงานวิจัย การถ่ายทอดเทคโนโลยี นวัตกรรมสุขภาพและเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์

5. จัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อกลุ่มเปราะบาง และพื้นที่พิเศษ

- ยกระดับ สถานชิวาภิบาล ภูมิชีวภิบาล
- เพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพและหน่วยบริการ พื้นที่ชายแดน
- ส่งเสริมการผลิตและจ้างงานผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน (Caregiver)



นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568

การขับเคลื่อน ก.สร. ต่อจากนี้ ผมจะสร้างระบบสุขภาพที่แข็งแกร่ง
เพิ่มรากฐานความมั่นคงทางสุขภาพ ให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น
มีอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีที่ยืนยาวขึ้น ภายในห้าปีข้างหน้า

"กระทรวงสาธารณสุขไทยจะ นำพาคนไทยให้สุขภาพดี
และมีความสุขอย่างยั่งยืน"



นอกจากการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ
ของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ซึ่งถือเป็นภารกิจสำคัญยิ่ง ก.สร. จะขับเคลื่อน **7 นโยบายสำคัญ** ดังนี้



1. ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เชื่อมโยงระบบข้อมูลสุขภาพในระบบบริการทุกระดับ โดยคำนึงถึงการรักษา
ความมั่นคงปลอดภัยข้อมูลสุขภาพ และพัฒนาระบบบริการ ด้วย **Telemedicine**
AI ทางการแพทย์ และเทคโนโลยีสุขภาพ (Health Tech) ขยายความครอบคลุม
เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ Health Station และระบบปฐมภูมิดิจิทัล และพัฒนา **sw.รัฐ**
ที่สวยงาม ทันสมัย ให้ ประชาชน ได้รับบริการที่ดี สะดวก ปลอดภัย

2. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และบำบัดยาเสพติด

พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งระบบบริการให้คำปรึกษาโดยนักจิตบำบัด
ยกระดับการบำบัดรักษา **มีนิรโทษกรรม** และทีมชุมชนล้อมรั้ว ส่งเสริมให้ชุมชน
มีส่วนร่วมติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษา สร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยในสังคม
พร้อมจัดตั้งกรมสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด ปรับปรุงโครงสร้างการดำเนินงานระดับพื้นที่



3. คนไทยห่างไกลโรค และภัยสุขภาพ

ส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ และวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ เพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ และดูแลผู้ป่วย **NCDs**
โดยลดหรือไม่ใช้ยาเคมีในการรักษา ผลักดันแนวคิด **เวชศาสตร์วิถีชีวิต** และสุขภาพองค์รวม สู่การปฏิบัติ
ปรับปรุงกฎหมาย และมาตรการ ให้เอื้อต่อการควบคุม ดูแล ส่งเสริมสุขภาพ เช่น พสบ. **NCDs**
การป้องกันนักสูบพันธุ์ บุหรี่ไฟฟ้า หน้าใหม่ และสนับสนุนแนวคิด **สุขภาพดี สิทธิประโยชน์เพิ่ม**
ขยายความครอบคลุม สานต่อ **การฉีดวัคซีน HPV** การคัดกรองป้องกันมะเร็ง มะเร็งกระบังลม
และผลักดันแนวคิด **สุขภาพหนึ่งเดียว** เน้นย้ำความเชื่อมโยงด้านสุขภาพระหว่างคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม





นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568



4. สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

พัฒนากฎหมายเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่าย เช่น **พรบ.อสม.** ให้ อสม. ได้รับการดูแลด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน สิทธิประโยชน์ และ**เพิ่มศักยภาพ อสม.** ในการ**ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน** เพื่อส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพใน ปชช. ทุกกลุ่ม ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนร่วมกับสหวิชาชีพ

5. จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบาง และพื้นที่พิเศษ

ยกระดับสถานชีวิภิบาล **ทุพชีวิภิบาล** เพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพ และหน่วยบริการในพื้นที่ชายแดน เช่น ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพชายแดน โรงพยาบาลชายแดน และส่งเสริม**การผลิตและจ้างงานผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ** ในชุมชน (Caregiver) เพื่อเพิ่มการดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบาง ในระดับพื้นที่



6. เพิ่มศักยภาพเศรษฐกิจสุขภาพสู่ Medical & Wellness Hub

สร้างความเชื่อมั่นอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ดูแลความปลอดภัยนักท่องเที่ยวในทุกมิติ สนับสนุนการ**ยกระดับภูมิปัญญาไทย** ให้มีคุณภาพระดับสากล และผลักดันเข้าสู่ตลาดระดับโลก ส่งเสริมการใช้**การแพทย์แผนไทย สมุนไพรเพื่อการแพทย์** ในระบบบริการ และปรับปรุงกฎระเบียบ และขั้นตอนอนุมัติ / อนุญาต **เพิ่มโอกาสการเติบโตของธุรกิจการแพทย์และสุขภาพ** ส่งเสริมการต่อยอดงานวิจัย และการถ่ายทอดเทคโนโลยีสุขภาพ เทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์

7. บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการลงทุนกับภาคส่วนอื่น เพื่อพัฒนาการสาธารณสุข นโยบาย 50 เขต 50 sw. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ**พัฒนากฎหมาย ระบบสนับสนุน** ในการบริหารจัดการ sw. และระบบจัดซื้อจัดจ้าง พัฒนาประสิทธิภาพการ**บริหารจัดการกองทุน และงบประมาณ**อย่างยั่งยืน เพิ่มการผลิตแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุข และ**พัฒนาคุณภาพชีวิต** สร้างความมั่นคง ขวัญกำลังใจ และผลักดัน พรบ. ก.สร. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และพัฒนา **sw.สีเขียว** ปรับปรุงให้เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม



ตัวชี้วัด

นิเทศ ติดตาม และประเมินผล
การดำเนินงานสาธารณสุข
ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ
(CUP) จังหวัดขอนแก่น
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

**ตัวชี้วัดนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)
จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568**

**ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน จำนวน 15 ตัวชี้วัด**

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K101	คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยมารดา	3	ส่งเสริมสุขภาพ
K102	คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด	3	ส่งเสริมสุขภาพ
K103	ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	3	ส่งเสริมสุขภาพ
K104	เด็กอายุ 0 - 5 ปี ส่วนสูงตี่รูปร่างสมส่วน	2	ส่งเสริมสุขภาพ
K105	คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน	2	ส่งเสริมสุขภาพ
K106	คะแนนความสำเร็จของประชาชนวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มี BMI เกิน ได้รับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี BMI ลดลง ร้อยละ 3	2	ส่งเสริมสุขภาพ
K107	คะแนนความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง	2	ส่งเสริมสุขภาพ
K108	ระดับคะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรค Stroke, Pneumonia และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	3	พัฒนาคุณภาพฯ
K109	ร้อยละสตรีอายุ 30-≤60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย วิธี HPV DNA Test	3	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K110	ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test	3	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K111	การตรวจคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	3	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K112	ความสำเร็จของการจัดการหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ	2	พัฒนาศูนย์สุขภาพฯ
K113	K113 โรงพยาบาลพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	3	อนามัยสิ่งแวดล้อมฯ
K114	อำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Plus (พขอ. Plus)	2	พัฒนาคุณภาพฯ
K115	ระดับความสำเร็จในการลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วง 1-18 ปี)	2	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

**ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ
ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม จำนวน 12 ตัวชี้วัด**

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K201	ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง	3	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K202	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	3	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K203	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	3	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K204	คะแนนความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยาระดับอำเภอ	2	คุ้มครองผู้บริโภค
K205	คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค	2	ควบคุมโรคติดต่อ
K206	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	3	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K207	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr	2	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
K208	ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	3	การแพทย์แผนไทยฯ
K209	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	2	การแพทย์แผนไทยฯ
K210	ระดับความสำเร็จการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	3	พัฒนาคุณภาพฯ
K211	คะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	2	พัฒนาคุณภาพฯ
K212	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน	1	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

**ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะ มีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน
ในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ จำนวน 1 ตัวชี้วัด**

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K301	ร้อยละบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างน้อย 2 เรื่อง	1	บริหารทรัพยากรบุคคล

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล
จำนวน 4 ตัวชี้วัด

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K401	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป	3	สุขภาพดิจิทัล
K402	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน	2	พัฒนาคุณภาพฯ
K403	โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ	1	ประกันสุขภาพ
K404	จำนวนผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนา ต่อยอดที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น	2	บริหารทรัพยากรบุคคล

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย จำนวน 1 ตัวชี้วัด

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	กลุ่มงาน
K501	คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและการส่งเสริมเศรษฐกิจ สุขภาพระดับอำเภอ	3	คุ้มครองผู้บริโภค

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
4.ชื่อตัวชี้วัด	K101 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยมารดา
5.ค่าน้ำหนัก	3
6.คำนิยาม	คุณภาพการดูแลอนามัยมารดา หมายถึง โรงพยาบาลมีกระบวนการเฝ้าระวังและดูแลสตรี หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด ให้ได้รับการบริการตามเกณฑ์คุณภาพ โดยมีคำนิยาม ดังนี้ 1.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองโรคพันธุกรรมดาวน์ซินโดรม หมายถึง หญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทยทุกกลุ่มอายุที่มาฝากครรภ์ ได้รับการตรวจเลือดตรวจด้วยวิธี Quadruple Test หรือวิธี NIPT ที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12-16 สัปดาห์ 2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการฯ ทั้งหมด โดยต้องฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ 3.หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและลูกในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน 3 ครั้งตามห้วงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ดังนี้ - ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรกอายุบุตรไม่เกิน 7 วันนับจากวันคลอด - ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วันแต่ไม่เกิน 15 วันนับถัดจากวันคลอด - ครั้งที่ 3 คือ เยี่ยมหลังคลอดตั้งแต่บุตรอายุ 16 วัน แต่ไม่เกิน 42 วัน นับจากวันคลอด 4.สตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ภายหลังคลอดหรือแท้งให้ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods)

7.เกณฑ์เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองโรคพันธุกรรมดาวน์ซินโดรม	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 95
	2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อ GA ≤ 12 wks.	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 85	≥ร้อยละ 90
	3. ร้อยละหญิงหลังคลอดที่ได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 85
	4. ร้อยละสตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ภายหลังคลอดหรือแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods)	≥ร้อยละ 65	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 75
8.วัตถุประสงค์	เพื่าระวังสุขภาวะสตรีช่วงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ให้ได้รับบริการคุณภาพตามเกณฑ์ เพื่อลดการตายของมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพ			
9.กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสุพรรณบุรี			
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามแนวทาง 43 แฟ้ม 2.บันทึกผลการตรวจคัดกรองในโปรแกรมคัดกรองดาวน์ซินโดรม			
11.แหล่งข้อมูล	1.หน่วยบริการทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2.ฐานข้อมูล Health Data Center 3.ฐานข้อมูลในโปรแกรมคัดกรองดาวน์ซินโดรมของ ศอ.7 และ สปสช.เขต 7			
12.รายการข้อมูล 1	ตามเอกสารแนบท้าย			
รายการข้อมูล 2	ตามเอกสารแนบท้าย			
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตามเอกสารแนบท้าย			
14.ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน			

15.เกณฑ์การให้คะแนน					
15.1 เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ					
รายการดำเนินการ					คะแนน
1.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองโรคพันธุกรรมดาวน์ซินโดรม					20
2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อ GA ≤12 wks.					30
3.หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์					30
4.สตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ภายหลังคลอดหรือแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods)					20
รวม					100
15.2 เกณฑ์คะแนนรวม		คุณภาพการดูแลอนามัยมารดา ใช้คะแนนผลรวมข้อ 1-4 นำมาจัดระดับคะแนน 1-5 ตามตาราง			
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
คะแนนรวม	< 50	50 - 59.9	60 - 69.9	70 - 79.9	≥ 80
16.วิธีการประเมินผล		เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย			
17.Small Success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60		≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80	
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2565	2566	2567	
การตายมารดาไทยไม่เกิน 14 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพแสนคน	23.55 (3 คน)	10.14 (1 คน)	18.25 (2 คน)	
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองโรคพันธุกรรมดาวน์ซินโดรม	ร้อยละ	74.6	75.3	77.8	
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อ GA≤12 wks.	ร้อยละ	83.17	72.36	70.17	
หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ	75.32	48.67	52.62	
สตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ภายหลังคลอดหรือแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods)	ร้อยละ	43.13	46.69	52.36	

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางรุ่งทอง วัชรนุกุลเกียรติ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 081-871-7399	e-mail : -
19.2 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 085 395 6466	e-mail : narinratkaewla@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางสาวพร สุระเทมียกุล	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 081 165 4641	e-mail : ooh_rxyahoo.com
19.4 ชื่อ-สกุล นางวรวลัย เกษมศรีวิวัฒน์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 085 155 5510	e-mail : worawalai.k@gmail.com
19.5 ชื่อ-สกุล นายสุรัตน์ หินวิเศษ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 061 087 1928	e-mail : heavymods@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงาน K101 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยมารดา

K101.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองโรคพันธุกรรมดาวน์ซินโดรม (20 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองโรคพันธุกรรมดาวน์ซินโดรม
2. เกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
3. นิยาม	การตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม หมายถึง หญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทยทุกกลุ่มอายุที่มาฝากครรภ์ และได้รับการตรวจเลือด (ตรวจด้วยวิธี Quadruple Test /NIPT) ตามแนวทางในครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 12-16 สัปดาห์ กลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม ดาวน์ซินโดรม คือ ภาวะที่เด็กมีโครโมโซมเกิน ปกติมนุษย์จะมีโครโมโซม 46 XY ถ้าเป็นผู้ชาย และ 46 XX ถ้าเป็นผู้หญิง แต่ถ้ามีโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินจะส่งผลต่อสติปัญญาและพัฒนาการของทารก ทำให้เกิดโรคเฉพาะที่เรียกว่า ดาวน์ซินโดรม ทำให้มีพัฒนาการช้า มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา และอาจพบโรคหัวใจร่วมด้วย

3.นิยาม (ต่อ)	การตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ สามารถทำได้หลายวิธี 1.เจาะเลือดดูสารชีวเคมีสองค่า ร่วมกับ อัลตราซาวด์วัดความหนาของต้นคอทารก ในไตรมาสแรก (First Trimester Screening) ทำในช่วง อายุครรภ์ 11-14 สัปดาห์ ซึ่งสามารถตรวจคัดกรองได้ 79 – 87% 2.เจาะเลือดดูสารชีวเคมีสี่ค่า ในไตรมาสสอง (Quadruple Test) ทำในช่วงอายุครรภ์ 15 – 20 สัปดาห์ ซึ่งสามารถตรวจคัดกรองได้ 67 – 81% 3.ตรวจสองครั้งในไตรมาสแรก และไตรมาสสอง (Integrated Test) ตรวจคัดกรอง ได้สูงถึง 94-96% วิธีนี้จะเจาะเลือดดูสารชีวเคมีสองค่า ร่วม กับตรวจอัลตราซาวด์ วัดความหนาของต้นคอทารก ตอนอายุครรภ์ 11-14 สัปดาห์ และ เจาะเลือดอีกครั้ง ตอนอายุครรภ์ 15 - 20 สัปดาห์ ซึ่งจะ ทราบผลหลังเจาะเลือดครั้งที่สอง				
4.วัตถุประสงค์	1.เพื่อป้องกันและลดความพิการทารกแรกเกิด 2.เพื่อลดอัตราการตายทารกแรกเกิด				
5.กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทย ที่ฝากครรภ์จากโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				
6.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ทุกหน่วยบริการเก็บส่งตรวจให้กับหน่วยตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม ได้แก่ รพ.ศรีนครินทร์ ศูนย์อนามัยที่ 7 (ศอ.7) และโรงพยาบาลขอนแก่น 2.บันทึกผลการตรวจคัดกรองในโปรแกรม				
7.แหล่งข้อมูล	โปรแกรมโครงการป้องกันและควบคุมการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ ศอ.7				
8.หน่วยจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์				
9.รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทย ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการตรวจคัดกรองหาภาวะดาวน์ซินโดรม (ราย)				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนหญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทยรายใหม่ ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ราย)				
10.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
11.ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
12.เกณฑ์การให้คะแนน มากกว่าร้อยละ 80 = 20 คะแนน					
คะแนน	1	5	10	15	20
ผลการดำเนินงาน	≤64.99	65.00 – 69.99	70.00 - 74.99	75.00 – 79.99	≥80
13. วิธีการประเมิน	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
14. Small Success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60		≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80	

15.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
15.1 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 085 395 6466	e-mail : narinratkaewla@gmail.com
15.2 ชื่อ-สกุล นางสาวพร สุระเทมียกุล	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 081 165 4641	e-mail : ooh_rxyahoo.com

K101.2 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (30 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์				
2.เกณฑ์	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการฯ ทั้งหมด โดยต้องฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์				
3.นิยาม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80				
4.วัตถุประสงค์	1.ค้นหาภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวางแผนดูแลเฉพาะราย เพื่อลดการตายมารดาจากสาเหตุโรคทางอายุรกรรม 2.คัดกรองโรคทางพันธุกรรม 3.ส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ ให้ดำเนินการตั้งครรภ์และคลอดให้มีประสิทธิภาพ				
5.กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดทุกราย				
6.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามแนวทาง 43 แฟ้ม				
7.แหล่งข้อมูล	1.หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ทุกแห่ง 2.ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม ANCและ Labor)				
8.รายการข้อมูล 1	A =จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกและอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงใน 43 แฟ้ม : แฟ้ม ANC)				
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				
9.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
10.ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
11.เกณฑ์การให้คะแนน มากกว่าร้อยละ 80 = 30 คะแนน					
คะแนน	10	15	20	25	30
ผลการดำเนินงาน	≤64.99	65.00 - 69.99	70.00 - 74.99	75.00 - 79.99	≥80

12. Small Success ปี 2568			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80
13. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด			
13.1 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์มือถือ 085 395 6466		e-mail : narinratkaewla@gmail.com	
13.2 ชื่อ-สกุล นางสมาพร สุระเทมียกุล		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์มือถือ 081 165 4641		e-mail : ooh_rxyahoo.com	

K101.3 ร้อยละหญิงหลังคลอดหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ (30 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละหญิงหลังคลอดหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์
2. เกณฑ์	หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์หมายถึงมารดาหลังคลอดและลูกในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน 3 ครั้ง ตามห้วงเวลาไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ดังนี้ ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรกอายุบุตรไม่เกิน 7 วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วันแต่ไม่เกิน 15 วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 3 คือ เยี่ยมหลังคลอดตั้งแต่บุตรอายุ 16 วันแต่ไม่เกิน 42 วัน นับถัดจากวันคลอด
3. นิยาม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75
4. วัตถุประสงค์	เฝ้าระวังสุขภาพมารดาและทารกในช่วงหลังคลอดเพื่อป้องกันการตายมารดาและทารกให้มีประสิทธิภาพ
5. กลุ่มเป้าหมาย	มารดาและทารกหลังคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบ
6. วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามแนวทาง 43 แฟ้ม
7. แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ทุกแห่ง 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม Postnatal)
8. รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ในเวลาที่กำหนด (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) (แฟ้ม Postnatal)

รายการข้อมูล 2	B =จำนวนหญิงไทยหลังคลอดตั้งแต่ 42 วันขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม: เพิ่ม Labor)				
9.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
10.ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
11.เกณฑ์การให้คะแนน มากกว่าร้อยละ 75 = 30 คะแนน					
คะแนน	10	15	20	25	30
ผลการดำเนินงาน	≤59.99	60.00 - 64.99	65.00 - 69.99	70.00 - 74.99	≥75
12. Small Success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60		≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 75	
13.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
13.1 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา			ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 085 395 6466			e-mail : narinratkaewla@gmail.com		
13.2 ชื่อ-สกุล นางสาวพร สุระเทมียกุล			ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 081 165 4641			e-mail : ooh_rxyahoo.com		

K101.4 สตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ภายหลังคลอดหรือแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) (20 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละสตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ภายหลังคลอดหรือแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods)
2.เกณฑ์	ความสำเร็จการเฝ้าระวังและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การดูแลสตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ภายหลังคลอดหรือแท้งให้ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 วัยรุ่น หมายถึง บุคคลอายุเกินสิบปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึงยี่สิบปี บริบูรณ์
3.นิยาม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65
4.วัตถุประสงค์	1.ขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับอำเภอตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิภายใต้กฎหมาย 2.สร้างเสริมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และการเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นและเยาวชน

4.วัตถุประสงค์ (ต่อ)	3.พัฒนาระบบบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน						
5.กลุ่มเป้าหมาย	หญิงหลังคลอดหรือแท้ง ที่อายุเกินสิบปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึงยี่สิบปีบริบูรณ์ ที่มารับบริการในสถานบริการ รพช./รพท./รพศ.						
6.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานจากข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC DATA) กลุ่มรายงานมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก หญิงตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นโดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามแนวทางของงานเทคโนโลยีสารสนเทศ						
7.แหล่งข้อมูล	1.หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2.ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม Postnatal)						
8.รายการข้อมูล 1	A =จำนวนหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตรและได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) ในเวลาที่กำหนด (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) (แฟ้ม Postnatal)						
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม: แฟ้ม Labor)						
9.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
10.ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน						
11.เกณฑ์การให้คะแนน มากกว่าร้อยละ 65 = 20 คะแนน							
คะแนน	1	5	10	15	20		
ผลการดำเนินงาน	≤ 39.99	40.00 - 49.99	50.00 - 59.99	60.00 - 64.99	> 65		
12. Small Success ปี 2568							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
$\geq$ ร้อยละ 40	$\geq$ ร้อยละ 55	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 65				
13.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด							
13.1 ชื่อ-สกุล นางวรวัลย์ เกษมศรีวิวัฒน์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ						
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น						
โทรศัพท์มือถือ 085 155 5510	e-mail : worawalai.k@gmail.com						
13.2 ชื่อ-สกุล นายสุรัตน์ หินวิเศษ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ						
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น						
โทรศัพท์มือถือ 061 087 1928	e-mail : heavymods@gmail.com						

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน															
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน															
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน															
4.ชื่อตัวชี้วัด	K102 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด															
5.ค่าน้ำหนัก	3															
6.คำนิยาม	คุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด หมายถึง โรงพยาบาลมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดพบภาวะน้ำหนักน้อย ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด มีผลลัพธ์ตามเกณฑ์ ตามคำนิยามดังนี้ 1.ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่คลอดในระหว่างมารดาอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน 2.ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด															
7.เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><th>ตัวชี้วัด</th><th>ปีงบประมาณ 2568</th><th>ปีงบประมาณ 2569</th><th>ปีงบประมาณ 2570</th></tr><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 6</td><td>≤ ร้อยละ 5</td><td>≤ ร้อยละ 4</td></tr></table>				ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	1.ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด	≤ ร้อยละ 6	≤ร้อยละ 5	≤ร้อยละ 4	2.ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	≤ร้อยละ 6	≤ ร้อยละ 5	≤ ร้อยละ 4
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570													
1.ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด	≤ ร้อยละ 6	≤ร้อยละ 5	≤ร้อยละ 4													
2.ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	≤ร้อยละ 6	≤ ร้อยละ 5	≤ ร้อยละ 4													
8.วัตถุประสงค์	1.ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ให้ได้รับบริการคุณภาพตามเกณฑ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม 2. เพื่อลดอัตราตายและความพิการของทารกแรกเกิด															
9.กลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดมีชีพทุกราย															
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามแนวทาง 43 แฟ้ม 2.ข้อมูลรายงานการคลอดจากแบบรายงาน ก-2 จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 ทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น															
11.แหล่งข้อมูล	1.โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นทุกระดับ 2.ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC)															

12.รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนของหญิงคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลทุกระดับ B1 = จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2				
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมที่คลอดในโรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 B2 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่คลอดในโรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2				
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.ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด					60
ด้านกระบวนการ					
1.1 หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการคัดกรองการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI) $\geq$ ร้อยละ 90					10
1.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดและมีประวัติเสี่ยงได้รับยา Progesterone ร้อยละ 90					20
ด้านผลลัพธ์					
1.3 อัตราการคลอดก่อนกำหนด $\leq$ ร้อยละ 6					30
2. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม $\leq$ ร้อยละ 6					40
รวม					100
15.2 เกณฑ์คะแนนรวม		คุณภาพการดูแลอนามัยทารก ใช้คะแนนผลรวมข้อ 1-2 นำมาจัดระดับคะแนน 1-5 ตามตาราง			
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ผลการดำเนินงาน	< 50	50-59.9	60-69.9	70-79.9	$\geq$ 80
16.วิธีการประเมินผล		เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย			
17.Small Success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
$\geq$ ร้อยละ 50	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 80		

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2565	2566	2567
อัตราตายทารกแรกเกิด	ต่อการเกิดมีชีพ พันคน	2.79	2.60	3.19
ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	9.77	11.72	8.47
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ	6.87	7.38	8.04
19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด				
19.1 ชื่อ-สกุล นางรุ่งทอง วัชรกุลเกียรติ		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 081-871-7399		e-mail :		
19.2 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 085 395 6466		e-mail : narinratkaewla@gmail.com		
19.3 ชื่อ-สกุล นางสาวพร สุระเมียมกุล		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 081 165 4641		e-mail : ooh_rxyahoo.com		

รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงาน K102 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด

K102.1 ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด (60 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด
2. นิยาม	1.ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่คลอดในระหว่างมารดาอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน 2.การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการดังนี้ 2.1 การคัดกรองการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับการตรวจปัสสาวะ โดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ Multiple urine dipstrip หรือการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urine analysis) ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เพื่อตรวจหา Nitrite และ Leukocyte หรือ ตรวจหา wbc (หากพบผลบวกทั้ง 2 ใน Urine strip หรือ พบ wbc 3-5 cell ต้องให้การรักษาตามแนวทาง)

2.นิยาม (ต่อ)	2.2 หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด หมายถึง เคยมีการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองจากภาวะเจ็บครรภ์คลอด (preterm labor) หรือมีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด (PROM) หรือ ปากมดลูกเปิดโดยไม่มีการเจ็บครรภ์มาก่อน (cervical insufficiency) และต้องไม่มีสาเหตุอื่น เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ อุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาหรือทารกที่เป็นเหตุให้ต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนด 2.3 ยา Progesterone หมายถึง ยา Micronized progesterone ขนาด 100-200 มก. ชนิดเหน็บทางช่องคลอดวันละครั้ง ตั้งแต่วันวินิจฉัยได้จนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน
3.เกณฑ์	ไม่เกินร้อยละ 6
4.วัตถุประสงค์	1.เพื่อป้องกันและลดความพิการทารกแรกเกิด 2.เพื่อลดอัตราการตายทารกแรกเกิด
5.กลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดมีชีพทุกราย
6.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามแนวทาง 43 แฟ้ม 2.ข้อมูลรายงานการคลอดจากแบบรายงาน ก-2 จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 ทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น 3.บันทึกข้อมูลมารดาคลอดก่อนกำหนดใน ในเว็บไซต์ https://www.tmchnetwork.net/preterm/login.aspx
7.แหล่งข้อมูล	1.โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นทุกระดับ 2.ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) 3. แบบสำรวจการใช้ Multiple Urine dipstick หรือตรวจ UA ในโรงพยาบาล 4.ข้อมูลภาวะคลอดก่อนกำหนด ในเว็บไซต์ https://www.tmchnetwork.net/preterm/login.aspx แยกรายสถานบริการ
8.หน่วยจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์
9.รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของหญิงคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลทุกระดับ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2
10.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
11.ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน

12.เกณฑ์การให้คะแนน ผลรวมด้านกระบวนการและผลลัพธ์ = 60 คะแนน					
คัดกรอง UTI 10 คะแนน					
คะแนน	2	4	6	8	10
ผลการดำเนินงาน	<60	60-69.99	70-79.99	80-89.99	≥90
หญิงตั้งครรภ์ได้รับยา Progesterone					
คะแนน	1	5	10	15	20
ผลการดำเนินงาน	<60	60-69.99	70-79.99	80-89.99	≥90
อัตราการคลอดก่อนกำหนด					
คะแนน	10	15	20	25	30
ผลการดำเนินงาน	> 9.5	8.6-9.5	7.6-8.5	6.1-7.5	≤6
13. วิธีการประเมิน		เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย			
14. Small Success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
≥ร้อยละ 40		≥ร้อยละ 60		≥ร้อยละ 75	
รอบ 12 เดือน		รอบ 15 เดือน		รอบ 18 เดือน	
≥ร้อยละ 80		≥ร้อยละ 90		≥ร้อยละ 95	
15.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
15.1 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา			ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 085 395 6466			e-mail : narinratkaewla@gmail.com		
15.2 ชื่อ-สกุล นางสาวพร สุระเมย์กุล			ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 081 165 4641			e-mail : ooh_xxyahoo.com		

K101.2 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (40 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
2.นิยาม	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด
3.เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 6

4.วัตถุประสงค์	1.ส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ ให้ดำเนินการตั้งครรภ์และคลอดให้มีประสิทธิภาพ 2.ลดอัตราการตายและความพิการในทารกแรกเกิด				
5.กลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดมีชีพทุกราย				
6.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รายงาน 43 แพ้ม (HDC) โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามแนวทางของงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2. รายงาน ก-2 ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ เป็นรายเดือนหรือไตรมาส				
7.แหล่งข้อมูล	1.รายงาน 43 แพ้ม (HDC) 2. รายงาน ก-2				
8.รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมที่คลอดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2				
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่คลอดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2				
9.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
10.ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
11.เกณฑ์การให้คะแนน ไม่เกินร้อยละ 6 = 40 คะแนน					
คะแนน	20	25	30	35	40
ผลการดำเนินงาน	> 9.5	8.6-9.5	7.6-8.5	6.1-7.5	≤ 6
12. Small Success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80		
13.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
13.1 ชื่อ-สกุล นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา			ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 085 395 6466			e-mail : narinratkaewla@gmail.com		
13.2 ชื่อ-สกุล นางสาวพร สุระเทมียกุล			ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 081 165 4641			e-mail : ooh_rxyahoo.com		

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	2. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
4.ชื่อตัวชี้วัด	K103 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
5.ค่าน้ำหนัก	3
6.คำนิยาม	เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน เด็กพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 1 หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)* แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก เด็กที่ได้รับการกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 2 หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน เด็กพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)* แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 1 รวมกับเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 2 การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2

7.เกณฑ์เป้าหมาย	1) ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (ตรวจครั้งแรก) 2) ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 3) ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 87				
8.วัตถุประสงค์	เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการสมวัย และมีระดับสติทางด้าน เชาวปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ดี				
9.กลุ่มเป้าหมาย	เด็กปฐมวัยในจังหวัดขอนแก่น				
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลัก ของสถานบริการฯ เช่น JHCIS, HOSxP, My PCU เป็นต้น ส่งออกข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม				
11.แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง /สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/ รพ.สต.ทุกแห่ง				
12.รายการข้อมูล	1) จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ผลรวมของเด็กที่มีพัฒนาการ สมวัยจากตรวจครั้งที่ 1 และ 2 2) จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน 3) จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการ ติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำภายใน 30 วัน 4) จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ ตามเกณฑ์และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า				
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตามรายละเอียดตัวชี้วัด				
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 พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม กระตุ้นพัฒนาการ 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 และผลงานเชิงคุณภาพ		
17.Small Success ปี 2568			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ร้อยละ 87 - แผนดำเนินงานเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เกี่ยวข้อง - แต่งตั้ง Child project manager (CPM) ระดับอำเภอ ในการกำกับติดตามและคืนข้อมูลรายหน่วยบริการเป็นรายเดือน/รายไตรมาส - แผนแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรคุณภาพ - แผนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน การประเมินตนเองทุกตำบล และการรับรองเป็นตำบลมหัศจรรย์ฯ อย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล - แผนการดำเนินงานคลินิก WCC - แผนการยกระดับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ (4D) - แผนการขับเคลื่อนงานของ พชอ.	- ร้อยละ 87 - แนวทางแก้ปัญหาพัฒนาการ เด็กปฐมวัยรายบุคคล และรายกลุ่ม - ตำบลประเมินตนเองตามเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ครอบคลุมทุกตำบล และกระบวนการพัฒนาตามองค์ประกอบฯ - จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ประเมินตนเองและครูที่ผ่านหลักสูตรการดูแลเด็กตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ และมีกระบวนการขับเคลื่อนงาน ยกระดับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ (4D) - ขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก WCC ตามมาตรฐาน - การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป็นนโยบายของ พชอ. ทุกอำเภอ	- ร้อยละ 87 - ความก้าวหน้าการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัยของพื้นที่ - ติดตามเยี่ยมประเมินผลการดำเนินงานคลินิก WCC ตามมาตรฐาน - เยี่ยมเสริมพลังคัดเลือก Best Practice ตำบลมหัศจรรย์ ฯ และสพด. มาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) - สะท้อนข้อมูลความพร้อมของเครื่องมือประเมินพัฒนาการในเวทีการประชุม กสพ. หรือเวทีที่เกี่ยวข้อง - สรุปผลการติดตามสะท้อนปัญหา อุปสรรคและแผนปรับปรุงกิจกรรม	- ร้อยละ 87 - ระบบคัดกรองพัฒนาการ และการจัดการแก้ไขปัญหาพัฒนาการที่เข้มแข็ง - ตำบล/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบองค์ความรู้และนวัตกรรมที่พร้อมขยายผลในพื้นที่ - ทุกอำเภอผ่านการรับรองเป็นตำบลมหัศจรรย์ฯ อย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล - มีพื้นที่ต้นแบบเนื้องานคุณภาพ ได้แก่ ตำบลมหัศจรรย์ ฯ และ สพด. (4D) - ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยต่อเนื่อง

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)					
ตัวชี้วัด	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2565	2566	2567
1.ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ	78.76	ร้อยละ	93.33	75.22	78.76
2.ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	86.68	ร้อยละ	95.96	87.32	86.68
3.ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	75.86	ร้อยละ	91.90	76.36	75.86
19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
ชื่อ-สกุล 1. นางวรินทร์รัตน์ ชันธะอาด 2. นางสาวธัญธร แฝงฤทธิ์		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			
โทรศัพท์มือถือ 098 532 6551 , 090 595 6030		e-mail : -			

รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงาน K103 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

K103.1 ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (30 คะแนน)

1.ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
คำนิยาม	การประเมินพัฒนาการ หมายถึง เด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) ในการตรวจครั้งแรก เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน เด็กกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ทารกแรกเกิดที่ขาดออกซิเจน และ/หรือ มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
2.เกณฑ์	ร้อยละ 90

3.ผลงาน	
3.1 วิธีรายงาน	สถานบริการทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HOSxP My PCU เป็นต้น ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม
3.2 แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ได้แก่ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ.และศูนย์เด็กเล็ก
3.3 หน่วยจัดเก็บข้อมูล	ผู้ประเมิน คือผู้รับผิดชอบคลินิกสุขภาพเด็กใน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือ ผู้ที่ผ่านการอบรมการประเมินพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPM DAIM TDSI และ TEDA4I
4.กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อยู่ที่บ้าน และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริง
5.รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการทั้งหมด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
6.สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100 = \#$ เทียบคะแนน $(\# \times 30) / 90$ *** $\geq 90 = 30$ คะแนน

K103.2 ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (40 คะแนน)

1.ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
คำนิยาม	พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2
2.เกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
3.ผลงาน	
3.1 วิธีรายงาน	สถานบริการทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS, HOSxP, My PCU เป็นต้น ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม
3.2 แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ได้แก่ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. และศูนย์เด็กเล็ก
3.3 หน่วยจัดเก็บข้อมูล	ผู้ประเมิน คือ ผู้รับผิดชอบคลินิกสุขภาพเด็กดีใน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือ ผู้ที่ผ่านการอบรมการประเมินพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPM DAIM TDSI และ TEDA4I

4. กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ปีทุกคนที่มาใช้บริการที่คลินิกสุขภาพเด็ก สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอยู่ที่บ้าน และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ที่พบมีพัฒนาการสงสัย ล่าช้า ในการประเมินพัฒนาการในครั้งแรก
5.การประมวลผล รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับ การติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ ตามเกณฑ์และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100 = \#$ เทียบคะแนน $(\# \times 40) / 90$ *** $\geq 90 = 40$ คะแนน

K103.3 ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 87 (30 คะแนน)

1.ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 87
คำนิยาม	เด็กพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 1 หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)* แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก เด็กที่ได้รับการกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 2 หมายถึง เด็กที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน และประเมิน ซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน เด็กพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้ คู่มือ เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)* แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 1 รวมกับเด็กที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 2
2.เกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 87
3.ผลงาน	
3.1 วิธีรายงาน	สถานบริการทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลัก ของสถานบริการฯ เช่น JHCIS, HOSxP, My PCU เป็นต้น ส่งออกข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 เพิ่ม
3.2 แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ได้แก่ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. และศูนย์เด็กเล็ก
3.3 หน่วยจัดเก็บข้อมูล	ผู้ประเมิน คือ ผู้รับผิดชอบคลินิกสุขภาพเด็กดีใน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือ ผู้ที่ผ่านการอบรมการประเมินพัฒนาการเด็ก โดยเครื่องมือ DSPM DAIM TDSI และ TEDA4I

4.กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ปีทุกคนที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็ก สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อยู่ที่บ้าน และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ที่พบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในการประเมินพัฒนาการในครั้งแรก
5.รายการข้อมูล	A = จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ผลรวมของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยจากตรวจครั้งที่ 1 และ 2 B = จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
6.สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100 = \#$ เทียบคะแนน $(\# \times 30) / 87$ *** $\geq 87 = 30$ คะแนน

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K104 เด็กอายุ 0 - 5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน
5.ค่าน้ำหนัก	2
6.คำนิยาม	เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง สูงดีรูปร่างสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)
7.เกณฑ์เป้าหมาย	1) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2) เด็กอายุ 0-5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 78
8.วัตถุประสงค์	เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีการโภชนาการที่ดี การเจริญเติบโตตามวัย รูปร่างสูงดีสมส่วน
9.กลุ่มเป้าหมาย	เด็กปฐมวัยในจังหวัดขอนแก่น
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS, HOSxP, My PCU เป็นต้น ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
11.แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง /สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/ รพ.สต.ทุกแห่ง
12.รายการข้อมูล	1) จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ได้รับการคัดกรองชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว/วัดส่วนสูง มีการเจริญเติบโตสูงดีสมส่วน 2) จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ได้รับการคัดกรองชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว/วัดส่วนสูงทั้งหมด 3) จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี ทั้งหมด
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตามรายละเอียดตัวชี้วัด

14.ระยะเวลาประเมินผล		12 เดือน			
15.เกณฑ์การให้คะแนน					
กระบวนการตามตัวชี้วัดย่อย					คะแนน
1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90					50
2) เด็กอายุ 0 - 5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 78					50
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 และผลงานเชิงคุณภาพ			
17.Small Success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
- ร้อยละ 76 - แผนดำเนินงานเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เกี่ยวข้อง - แผนการดำเนินการแก้ไขปัญหภาวะ เตี้ย ผอม อ้วน และปฐมวัยรายบุคคล และรายกลุ่ม - สำรวจและจัดทำข้อมูลเครื่องมือตรวจประเมินเฝ้าระวังการเจริญเติบโตที่ได้มาตรฐาน - บูรณาการความร่วมมือการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 4 กระทรวงหลัก (ศธ./พม./สธ./มท.)	- ร้อยละ 76 - แนวทางแก้ปัญหาพัฒนาการภาวะ เตี้ย ผอม อ้วน เด็กปฐมวัยรายบุคคล และรายกลุ่ม - จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ประเมินตนเองและครูที่ผ่านหลักสูตรการดูแลเด็กตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ - จำนวนบุคลากร/ครูผู้ปกครอง ที่ได้รับการเจริญเติบโตและส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมตามวัย - จำนวนพื้นที่ต้นแบบ สพด. มาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) - จำนวน สพด. นำโปรแกรม Thai School Luch และ Kids Diary ไปใช้ในการจัดเมนูอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย - ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยกลไกคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัย - ประชุมคณะกรรมการ MCH Board และนำเสนอเป็นนโยบายขับเคลื่อนงาน พขอ. ทุกอำเภอ		- ร้อยละ 77 - ความก้าวหน้าการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัยของพื้นที่ - เยี่ยมเสริมพลัง คัดเลือก Best Practice ตำบลมหัศจรรย์ ฯ และ สพด. มาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) - สะท้อนข้อมูลความพร้อมของเครื่องมือการเจริญเติบโต ในเวทีการประชุม กสพ. หรือเวทีที่เกี่ยวข้อง - สรุปผลการติดตามสะท้อนปัญหา อุปสรรค และแผนปรับปรุงเพื่อบรรลุเป้าหมายในรอบ 12 เดือน	- ร้อยละ 78 - ระบบคัดกรอง โภชนาการการเจริญเติบโต และการจัดการแก้ไขปัญหามหาโภชนาการ - ตำบล/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ องค์ความรู้และนวัตกรรม (Best Practice) ที่พร้อมขยายผลในพื้นที่ - ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยต่อเนื่อง	

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)					
ตัวชี้วัด	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2565	2566	2567
1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	75.10	ร้อยละ	82.61	61.14	75.10
2) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดี รูปร่างสมส่วน	64.20	ร้อยละ	73.13	67.23	64.20
19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
ชื่อ-สกุล 1. นางวรินทร์รัตน์ ชันธะอาด 2. นางสาวธัญญธร แฝงฤทธิ์		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			
โทรศัพท์มือถือ 098 532 6551, 090 595 6030		e-mail : -			

รายละเอียดตัวชี้วัด K104 เด็กอายุ 0 - 5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน

K104.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ร้อยละ 90 (50 คะแนน)

1.ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ร้อยละ 90
2.เกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
3.ผลงาน	
3.1 วิธีรายงาน	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ส่งเข้า HDC
3.2 แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากแฟ้ม NUTRITION
3.3 หน่วยจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์
4.กลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียน อายุ 0-5 ปี
5.รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด
6.สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
7.เกณฑ์การให้คะแนน	เทียบคะแนน $(\# \times 50) / 90$ *** $\geq 90 = 50$ คะแนน

K104.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 78 (50 คะแนน)

1.ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 78
2.เกณฑ์	ร้อยละ 78
3.ผลงาน	
3.1 วิธีรายงาน	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ส่งเข้า HDC
3.2 แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากแฟ้ม NUTRITION
3.3 หน่วยจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์
4.กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี
5.รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
6.สูตรคำนวณ	$(B/A) \times 100 = \#$
7.เกณฑ์การให้คะแนน	เทียบคะแนน $(\# \times 50) / 78$ *** $\geq 78 = 50$ คะแนน

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K105 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน
5.ค่าน้ำหนัก	2
6.คำนิยาม	เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี ถึง 14 ปี (เริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) - โรงเรียน หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับ มัธยมศึกษา ขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (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+สูง และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน - ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง $> +2$ S.D.ขึ้นไป - ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน - ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D กระบวนการ - เด็ก 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง (ความครอบคลุม $\geq$ ร้อยละ 80) ผลลัพธ์ - ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน $\geq$ ร้อยละ 64
7.เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 64

8.วัตถุประสงค์	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	1.ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ส่งเข้า HDC ฐานข้อมูลจากแฟ้ม NUTRITION 2.HDC Datacenter กลุ่มรายงานมาตรฐาน งานโภชนาการ	
11.แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์	
12.รายการข้อมูล		
ตัวชี้วัดที่ 1	A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ทั้งหมด $(A/B) \times 100$	
ตัวชี้วัดที่ 2	A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ที่มีส่วนสูงในระดับดีและรูปร่างสมส่วน B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด $(A/B) \times 100$	
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 1 + ตัวชี้วัดที่ 2 = คะแนนรวม	
14.ระยะเวลาประเมินผล	- ข้อมูลภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2567 บันทึกข้อมูลเข้าระบบ HDC ภายใน 31 มกราคม 2568 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., ก.พ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 มีนาคม 2568 - ข้อมูลภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 บันทึกข้อมูลเข้าระบบ HDC ภายใน วันที่ 31 กรกฎาคม 2568 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2568	
15.เกณฑ์การให้คะแนน		
เกณฑ์คะแนน CUP		
ตัวชี้วัดที่	คะแนนเต็ม	ค่าถ่วงน้ำหนัก
1	5	40 %
2	5	60 %

15.เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อ)

คะแนน	1	2	3	4	5
คะแนนรวม	≤ 2.60	2.61 -3.20	3.21-3.80	3.81-4.40	4.41-5.00

16.วิธีการประเมินผล

(ตามเอกสารแนบท้าย)

17.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
1. เด็ก 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ	83	75.69	76.58
2. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงที่รูปร่างสมส่วน	ร้อยละ	66.94	62.41	60.95

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงาน ปี 2567 แยกรายอำเภอ

อำเภอ	ภาคการเรียนที่ 2/2566				ภาคการเรียนที่ 1/2567		
	เด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงดีสมส่วน				เด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงดีสมส่วน		
	6-14 ปี	ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	สูงดีสมส่วน	ร้อยละ
เมืองขอนแก่น	26,760	14,975	9,427	62.95	15,164	9,092	59.96
บ้านฝาง	4,537	2,724	1,898	69.68	2,103	1,417	67.38
พระยืน	2,814	2,591	1,424	54.96	3,158	1,675	53.04
หนองเรือ	7,524	5,738	3,296	57.44	5,530	3,229	58.39
ชุมแพ	9,358	9,688	5,339	55.11	10,057	5,666	56.34
สีชมพู	6,813	5,810	3,782	65.09	4,935	2,929	59.35
น้ำพอง	9,604	4,529	3,155	69.66	4,062	2,452	60.36
อุบลรัตน์	3,832	2,044	986	48.24	4,282	2,359	55.09
กระนวน	6,743	7,038	5,246	74.54	7,540	4,429	58.74
บ้านไผ่	8,011	2,823	1,871	66.28	6,331	4,097	64.71
เปือยน้อย	1,972	2,393	1,436	60.01	1,666	987	59.24
พล	7,768	11,983	6,994	58.37	11,194	6,341	56.65
แวงใหญ่	2,549	2,781	1,971	70.87	2,488	1,525	61.29
แวงน้อย	3,543	3,098	2,271	73.31	2,617	1,472	56.25
หนองสองห้อง	6,166	4,413	3,082	69.84	5,139	3,679	71.59
ภูเวียง	5,647	6,202	4,513	72.77	6,774	4,448	65.66
มัญจาคีรี	5,733	3,474	2,066	59.47	2,932	1,630	55.59
ชนบท	3,985	2,682	2,135	79.6	3,773	2,804	74.32

18. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงาน ปี 2567 แยกรายอำเภอ (ต่อ)

อำเภอ	ภาคการเรียนที่ 2/2566				ภาคการเรียนที่ 1/2567		
	เด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงติสมส่วน				เด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงติสมส่วน		
	6-14 ปี	ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	สูงติสมส่วน	ร้อยละ	ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	สูงติสมส่วน	ร้อยละ
เขาสวนกวาง	3,357	2,563	1,487	58.02	2,406	1,325	55.07
ภูผาม่าน	2,118	1,227	867	70.66	1,149	907	78.94
ข้าสูง	1,969	3,192	2,322	72.74	2,783	2,014	72.37
โคกโพธิ์ไชย	2,240	2,617	1,165	44.52	1,812	931	51.38
หนองนาคำ	2,068	1,042	527	50.58	1,401	912	65.1
บ้านแฮด	3,737	2,139	1,660	77.61	2,438	1,987	81.5
โนนศิลา	2,233	691	275	39.8	2,397	1,305	54.44
เวียงเก่า	1,655	846	452	53.43	962	535	55.61
รวม	142,736	109,303	69,647	63.72	115,093	70,147	60.95

19. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

19.1 ชื่อ-สกุล นางรุ่งทอง วัชรกุลเกียรติ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 081 871 7399	e-mail : -
19.2 ชื่อ-สกุล 1.นางวรวลัย เกษมศรีวิวัฒน์ 2.นายสุรัตน์ หินวิเศษ	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 085 155 5510 061 087 1928	e-mail : worawalai.k@gmail.com heavymods@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงาน K105 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน K105.1 เด็ก 6 - 14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (5 คะแนน)

1.ชื่อตัวชี้วัด	ความครอบคลุมเด็ก 6 - 14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
2.เกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
3.ผลงาน	
3.1 วิธีรายงาน	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ส่งเข้า HDC
3.2 แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากแฟ้ม NUTRITION (ไม่ใช่กลุ่มเด็กป่วย)

3.3 หน่วยจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงานวัยเรียน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์				
4.กลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียน อายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนทุกสังกัด (โรงเรียนประถมศึกษา ,โรงเรียน ประถมศึกษาขยายโอกาส ,มัธยมศึกษา (ม.1-ม.3)				
5.รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ทั้งหมด				
6.สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
7.เกณฑ์การให้คะแนน					
คะแนน	1	2	3	4	5
คะแนนรวม	≤64.99	65.00 – 69.99	70.00 - 74.99	75.00 – 79.99	≥80

K105.2 เด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงตีรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 64 (5 คะแนน)

1. ชื่อตัวชี้วัด	เด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงตีรูปร่างสมส่วน				
2.เกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 64				
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.รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ที่มีส่วนสูงในระดับดีและรูปร่างสมส่วน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด				
6.สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
7.เกณฑ์การให้คะแนน					
คะแนน	1	2	3	4	5
คะแนนรวม	≤51.99	52.00–55.99	56.00–59.99	60.00–63.99	≥64

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน												
2.เป้าประสงค์ที่ 1	ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม												
3.ตัวชี้วัดกระทรวง													
4.ชื่อตัวชี้วัด	K106 คะแนนความสำเร็จของประชาชนวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มี BMI เกิน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี BMI ลดลง ร้อยละ 3												
5.ค่าน้ำหนัก	2												
6.คำนิยาม	ประชาชนวัยทำงาน หมายถึง 1.ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 5 โรค นำร่องอำเภอละ 2 หมู่บ้าน (เอกสารแนบท้าย) ที่มีอายุ 19 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ในรอบปีงบประมาณ 2568 2.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมดที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่มีอายุ 19 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ยังไม่ป่วย ด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ในรอบปีงบประมาณ 2568 3.บุคลากรสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่มีอายุ 19 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ในรอบปีงบประมาณ 2568 ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) หมายถึง ค่าซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม กับส่วนสูงเป็นเมตร หน่วยวัดเป็น กิโลกรัม/เมตร² สูตรคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = $\frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)} \times \text{ส่วนสูง (เมตร)}}$ การแปลผลค่าดัชนีมวลกาย ดังนี้ <table><tr><td>BMI</td><td><18.5</td><td>18.5-22.9</td><td>23.0-24.9</td><td>25.0-29.9</td><td>≥30</td></tr><tr><td></td><td>ผอม</td><td>ปกติ</td><td>น้ำหนักเกิน</td><td>อ้วนระดับ 1</td><td>อ้วนระดับ 2</td></tr></table> BMI ลดลง หมายถึง ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI ตั้งแต่ 25 มีค่า BMI ลดลง 1 หลัก เช่น BMI 25 ลดลงเป็น 24 ถือว่าลดลง และนำจำนวนคนที่ BMI ลดลงมาคำนวณร้อยละ	BMI	<18.5	18.5-22.9	23.0-24.9	25.0-29.9	≥30		ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วนระดับ 1	อ้วนระดับ 2
BMI	<18.5	18.5-22.9	23.0-24.9	25.0-29.9	≥30								
	ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วนระดับ 1	อ้วนระดับ 2								

7.เกณฑ์เป้าหมาย	1.ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 2.ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 มีค่า BMI ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 3
8.วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการที่ครอบคลุม 2.เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 มีค่า BMI ลดลง
9.กลุ่มเป้าหมาย	1.ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 5 โรค นาร่องอำเภอละ 2 หมู่บ้าน (เอกสารแนบท้าย) ที่มีอายุ 19 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ในรอบปีงบประมาณ 2568 2.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมดที่สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีอายุ 19 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ในรอบปีงบประมาณ 2568 3.บุคลากรสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้งหมด ที่มีอายุ 19 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ในรอบปีงบประมาณ 2568
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการคัดกรอง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ดัชนีมวลกาย จากโปรแกรม Khonkean-HTD
11.แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Khonkaen-HTD
12.รายการข้อมูล	1.ร้อยละประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70 A = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทั้งหมด B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยามทั้งหมดรอบปีงบประมาณ 2568 2.ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI ตั้งแต่ 25 มี BMI ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 3 A = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มี BMI ตั้งแต่ 25 มี BMI ลดลง B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มี BMI ตั้งแต่ 25 ทั้งหมด
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.ร้อยละประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 5 โรค อสม.และบุคลากรสาธารณสุข อายุ 19-59 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง มากกว่า หรือ เท่ากับร้อยละ 70 $(A/B) \times 100$ 2.ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 5 โรค อสม.และบุคลากรสาธารณสุข อายุ 19-59 ปี ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 มี BMI ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 3 $(A/B) \times 100$

14.ระยะเวลาประเมินผล	มกราคม 2568 จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 5 ไร่ นำร่องอำเภอละ 2 หมู่บ้าน (เอกสารแนบท้าย) อายุ 19 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมด ในรอบปีงบประมาณ 2568 กุมภาพันธ์ 2568 ประเมินผ่านโปรแกรม Khonkaen-HTD ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2568 ประเมินผ่านโปรแกรม Khonkaen-HTD ครั้งที่ 2		
15.เกณฑ์การให้คะแนน			
รายการ	คะแนน		
กระบวนการ			
1. มีทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย			
มี	1		
ไม่มี	0		
2. มีกิจกรรม โครงการ ส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและแก้ไขปัญหาในกลุ่มเป้าหมาย ที่มีดัชนีมวลกายเกิน (ตามบริบทของพื้นที่)			
มี	1		
ไม่มี	0		
3. มีการคัดกรองมากกว่าร้อยละ 70			
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	1		
ต่ำกว่า ร้อยละ 70	0		
ผลลัพธ์			
4. ผู้ที่มี BMI ตั้งแต่ 25 มี BMI ลดลง ร้อยละ 3			
จำนวนคนที่มี BMI ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 3	2		
จำนวนคนที่มี BMI ลดลง น้อยกว่าร้อยละ 3	1		
คะแนนเต็ม	5		
16.วิธีการประเมินผล			
คะแนนความสำเร็จตามเกณฑ์			
17.Small Success ปี 2568			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ลดลงร้อยละ 1.5	ลดลงร้อยละ 2.0	ลดลงร้อยละ 2.5	ลดลงร้อยละ 3.0

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
	ร้อยละ	N/A	N/A	-3.94

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

19.1 ชื่อ-สกุล นางรุ่งทอง วัชรนุกุลเกียรติ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 081 871 7399	e-mail :
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวเทวรักษ์ ภูครองนาค	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 095 652 7227	e-mail : theywarak.ph@gmail.com

หมู่บ้านต้นแบบแก้ไขปัญา 5 โรคสำคัญ จังหวัดขอนแก่น

อำเภอ	โรงพยาบาล			รพ.สต.		
	ชื่อหมู่บ้าน	หมู่ที่	ตำบล	ชื่อหมู่บ้าน	หมู่ที่	ตำบล
เมืองขอนแก่น	ชุมชนการเคหะ	-	ในเมือง	บ้านเหล่าโพหนอง	12	บ้านหว้า
ชุมแพ	ชุมชนกุดชุมแพ	1	ชุมแพ	บ้านขามป้อม	12	ข้าวเรียง
หนองเรือ	บ้านท่าศาลา	8	หนองเรือ	บ้านหนองกุง	4	หนองเรือ
สีชมพู	บ้านบึงเม่น	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	นาหว้า
มัญจาคีรี	บ้านหนองหญ้าขาวนาก	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	บ้านห้วยเขือก	4	หนองโก	บ้านโป่งแค	6	ห้วยโจด
เปือยน้อย	บ้านเปือย	2	เปือยน้อย	บ้านขามป้อม	1	ขามป้อม
เวียงใหญ่	บ้านบะแค	5	เวียงใหญ่	บ้านใหม่นาเพียง	1	ใหม่นาเพียง
เวียงน้อย	บ้านหนองแวง	13	เวียงน้อย	บ้านหนองม่วง	2	ทางขวาง
ชนบท	บ้านศรีบุญเรือง	1	ศรีบุญเรือง	บ้านดอนดุน้อย	10	ศรีบุญเรือง
เขาสวนกวาง	บ้านโนนทอง	5	คำม่วง	บ้านโคกสูง	6	ดงเมืองแอม
ภูผาม่าน	บ้านนาหน้าซำ	5	ภูผาม่าน	บ้านเชิญใต้	3	โนนคอม
ซำสูง	บ้านแห้วคำ	8	บ้านโนน	บ้านคำแมด	2	คำแมด
บ้านแฮด	บ้านโนนสมบูรณ์	6	โนนสมบูรณ์	บ้านโนนทัน	8	โนนสมบูรณ์
โคกโพธิ์ไชย	บ้านโคก	8	บ้านโคก	บ้านโพธิ์ไชย	6	โพธิ์ไชย
หนองนาคำ	บ้านโคกนาฝาย	10	กุดธาตุ	บ้านขนวน	11	ขนวน
โนนศิลา	บ้านนาโคก	3	โนนศิลา	บ้านสระบัว	6	โนนแดง
เวียงเก่า	บ้านหนองนาคำ	8	เมืองเก่าพัฒนา	บ้านเขาน้อย	8	เขาน้อย

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K107 คะแนนความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง
5.ค่าน้ำหนัก	2
6.คำนิยาม	1.ผู้สูงอายุ หมายถึง ตามความ พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2.ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) จากการประเมิน ADL คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ที่สามารถให้การช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ในชุมชน และสังคมได้ พร้อมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพอันพึงประสงค์ และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ 3.ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขร่วมกับชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุมีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้ 1) เข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจและได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ 2) ประเมินตนเองตามแนวทางการประเมินเพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ 3) จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 4) นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง 5) หลังจากปฏิบัติตามแผนแล้วประเมินภาวะสุขภาพตนเองหรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ 6) ปรับปรุง/พัฒนาแผนและนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย 7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อเพื่อนสมาชิกชมรม/กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน 8) เสริมสนับสนุนกระบวนการและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อการมีสุขภาพดี 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 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และอยู่ใน สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว

6.คำนิยาม (ต่อ)	5.คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งในระดับเกณฑ์พื้นฐานและระดับคุณภาพ) การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุการตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม 6.กลุ่มอาการความเสี่ยงผู้สูงอายุ Geriatric Syndromes ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ด้านความคิดความจำ 2) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย 3) ด้านการขาดสารอาหาร 4) ด้านการมองเห็น 5) ด้านการได้ยิน 6) ด้านภาวะซึมเศร้า 7) ด้านการกลืนปัสสาวะ 8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) 9) ด้านภาวะสุขภาพช่องปาก 7.คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ หมายถึง มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ มาตรฐานกรมการแพทย์ ประกอบด้วยเกณฑ์ดังนี้ 1) มีคลินิกผู้สูงอายุ 2) มีสถานที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก 3) ความเหมาะสมของอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม (3.1) มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/หน่วยบริการอย่างชัดเจน (3.2) มีประตูและพื้นที่ห้องตรวจกว้างเพียงพอที่จะให้ผู้ที่นั่งรถเข็น เข้ารับบริการได้ (3.3) มีราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่หน้าโรงพยาบาลจนถึงคลินิกผู้สูงอายุ (3.4) มีทางลาด ที่ได้มาตรฐานตั้งแต่ด้านหน้าโรงพยาบาลจนถึงคลินิก ผู้สูงอายุ (3.5) มีห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการบริเวณใกล้ๆคลินิกผู้สูงอายุ 4) มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำที่คลินิกผู้สูงอายุ 5) มีแพทย์ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ 6) มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมเป็นทีมปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ) 7) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการอบรมด้านเวช ศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 8) ความถี่ของการเปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ 9) คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน ADL, IADL 10) คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน GS ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจาก ประวัติ/ตรวจ 11) การรับส่งต่อภายในโรงพยาบาล
-------------------------------	---

6.คำนิยาม (ต่อ)	12) มีการดูแลต่อเนื่อง 13) มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 14) มีนวัตกรรมในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 15) มีการจัดการองค์ความรู้ (KM) 16) มีการวางแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุในอนาคต 17) มีข้อมูลการได้รับวัคซีนของผู้สูงอายุ
7.เกณฑ์เป้าหมาย	1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL โดย CM และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข $\geq$ ร้อยละ 60 2. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง $\geq$ ร้อยละ 96.50
8.วัตถุประสงค์	1. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 3. เพื่อประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และชะลอความเสี่ยงผู้สูงอายุ
9.กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. หน่วยบริการสาธารณสุขประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) 2. บันทึกข้อมูลการประเมิน ADL และรายงานผลในระบบ Health Data Center
11.แหล่งข้อมูล	Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
12.รายการข้อมูล	1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL โดย CM และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข $\geq$ ร้อยละ 60 2. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง $\geq$ ร้อยละ 96.50
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ผู้สูงอายุได้รับประเมิน ADL และวางแผนสุขภาพดี โดย CM /เจ้าหน้าที่สาธารณสุข $\geq$ ร้อยละ 60 $= \frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน ADL} \times 100}{\text{จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด}}$ 2. ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง $\geq$ ร้อยละ 96.50 $= \frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)} \times 100}{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน ADL ทั้งหมด}}$
14.ระยะเวลาประเมินผล	รายงานผลในระบบ Health Data Center

15.เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนนความสำเร็จตัวชี้วัด					
1.ผู้สูงอายุได้รับประเมิน ADL และวางแผนสุขภาพดี โดย CM /เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ผลงาน (ร้อยละ)	< 45	45.00 - 49.99	50.00 - 54.99	55.00 - 59.99	≥ 60
2.ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ผลงาน (ร้อยละ)	< 95	95.00 - 95.49	95.50 - 95.99	96.00 - 96.49	≥ 96.50

การคิดคะแนนผลงานตัวชี้วัด = ผลคะแนนความสำเร็จ x ค่าถ่วงน้ำหนัก

ความสำเร็จ	ค่าถ่วงน้ำหนัก	X คะแนนที่ได้
1. ผู้สูงอายุได้รับประเมิน ADL และวางแผนสุขภาพดี โดย CM/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	40%	
2. ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง	60%	
ผลคะแนนรวม	100%	

ผลคะแนนตัวชี้วัดนิเทศ CUP

คะแนนนิเทศ CUP ที่ได้	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ผลคะแนนรวม	1.00 - 1.99	2.00 - 2.99	3.00 - 3.99	4.00 - 4.99	≥ 5.00

16.วิธีการประเมินผล

-

17.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
1.ผู้สูงอายุได้รับประเมิน ADL และวางแผนสุขภาพดี ≥ร้อยละ 60	ร้อยละ	63.29	40.62	50.49
2. ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดสังคม) ≥ร้อยละ 96.50	ร้อยละ	96.24	95.08	95.18

18.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
18.1 ชื่อ-สกุล นางรุ่งทอง วัชรนุกุลเกียรติ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 081 871 7399	e-mail : -
18.2 ชื่อ-สกุล นางอังคณา อึ้งปิติมานะ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 149	โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 061 792 9942	e-mail: ungpitimana.ang@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2.เป้าประสงค์ที่ 1	ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมียุติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	3. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป
4.ชื่อตัวชี้วัด	K108 ระดับคะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke, Pneumonia และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด K108.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke K108.2 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรค Pneumonia และภาวะ Sepsis
5.ค่าน้ำหนัก	3
6.คำนิยาม	1.ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง 1.1 ความรู้และทักษะของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม 1.2 ความรู้และทักษะของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค Pneumonia และภาวะ Sepsis ได้แก่ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ที่อ่านออกเขียนได้ ที่จำเป็นสำหรับความเข้าใจ ความสามารถในการประเมิน Early warning sign และตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม 2.อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดที่วัดจาก: 2.1 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities: HLC) ซึ่งจัดโดยสถานบริการสุขภาพที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) การประเมินใช้ระบบการประเมินจากเว็บไซต์สาสุข อุ๋นใจ คนไทย รอบรู้ ของกรมอนามัย (https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/) 2.2 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค Pneumonia และภาวะ Sepsis ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลที่ดูแลเด็กกลุ่มอายุน้อยกว่า 7 ปี กลุ่มเด็กอายุ 7-10 ปี /ผู้ปกครอง (กรณีเด็กที่มีความผิดปกติ ด้านพัฒนาการ) ที่อ่านออกเขียนได้ ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities: HLC) จัดโดยสถานบริการสุขภาพที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) การประเมิน ผ่านทาง: https://forms.gle/Px1QAL06kUGwJiHf7

6.คำนิยาม (ต่อ)	3.หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแนวปฏิบัติ (practices) การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพในหน่วยบริการของตนเองได้อย่างเหมาะสม 4.กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในการป้องกันโรค Stroke และมีความรอบรู้ในโรค Pneumonia และภาวะ Sepsis 5.ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่อยู่ในตำบลเดียวกันมีการดำเนินงานพัฒนาให้ประชาชน มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้อย่างเหมาะสม กับวิถีชีวิต สามารถป้องกันโรคและภัยสุขภาพแก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 6.ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดที่อ่านออกเขียนได้ 7.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดที่อ่านออกเขียนได้ 8.โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก 9.ภาวะ Sepsis หมายถึง Community-acquired sepsis ที่เป็นการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยอัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือดจาก community-acquired sepsis เพียงอย่างเดียว 10.โรค Pneumonia หมายถึง ปอดอักเสบในชุมชนที่เกิดจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลโดยไม่รวมปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์
7.เกณฑ์เป้าหมาย	1.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke Sepsis และ Pneumonia มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 (กองสุศึกษา) 2.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุขอุ่นใจ) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 92 3.จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน /โรคความดันโลหิตสูงร่วมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

7.เกณฑ์เป้าหมาย (ต่อ)	4.ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค Pneumonia และภาวะ Sepsis ได้แก่ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ที่อ่านออกเขียนได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน เข้าใจ และสามารถใช้เครื่องมือประเมิน Early warning sign โรค Pneumonia และภาวะ Sepsis และตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม 5.อำเภอขับเคลื่อนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอละ 1 ตำบล (ทุกหมู่บ้าน)
8.วัตถุประสงค์	1.เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง/ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี 2.เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ/ ชุมชน ในการป้องกันจากโรคในการป้องกันโรค Stroke โรค Pneumonia และภาวะ Sepsis 3.เพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
9.กลุ่มเป้าหมาย	1.26 อำเภอๆ ละ 1 ตำบล เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (ทุกหมู่บ้าน) 2.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อ่านออกเขียนได้ 3.ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี เสี่ยงโรค Pneumonia และภาวะ Sepsis ที่อ่านออกเขียนได้ 4.หน่วยบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รายงานผลการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม สาสุข อุ่นใจ กรมอนามัย 2.รายงานจากโปรแกรมการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 3.รายงานจาก รพ.สต./PCU/สสอ./รพช./รพท. 4.รายงานจากคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิก โรงพยาบาล/PCU/รพ.สต. 5.รายงานผลการดำเนินงาน อสม.คัดกรอง/เยี่ยมบ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ (โรค Pneumonia และภาวะ Sepsis) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค Pneumonia และภาวะ Sepsis ได้แก่ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ที่อ่านออกเขียนได้ ผ่านทางรายงานจาก รพ.สต./PCU/สสอ./รพช./รพท. และ https://forms.gle/Px1QALo6kUGwJiHf7

11.แหล่งข้อมูล	1) โปรแกรม สาสุข อุ๋นใจ ของกรมอนามัย 2) ฐานข้อมูลจาก รพ.สต./PCU/รพช./รพท. 3) โปรแกรมการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง/ เบาหวาน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 4) ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิก โรงพยาบาล/PCU/รพ.สต. 5) Link: https://forms.gle/Px1QALo6kUGwJiHf7
12.รายการข้อมูล	1. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงที่อ่านออกเขียนได้ มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 A = จำนวนผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน Stroke ทั้งหมด B = จำนวนผู้ป่วย DM/HT ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2568 2. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงที่อ่านออกเขียนได้มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุข อุ๋นใจ) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 92 A = จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่อ่านออกเขียนได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุข อุ๋นใจ) ทั้งหมด B = จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่อ่านออกเขียนได้ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2568 3. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกิจกรรมและประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 A = จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่อ่านออกเขียนได้ร่วมประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ทั้งหมด B = จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่อ่านออกเขียนได้ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2568 4. ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีที่อ่านออกเขียน ได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 A = จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีที่อ่านออก เขียนได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพใน โรค Pneumonia และภาวะ Sepsis ทั้งหมด B = จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีที่อ่านออก เขียนได้ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2568 5. ร้อยละการขับเคลื่อนงานชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพของอำเภอ 5 ขั้นตอน (1 ตำบล ทุกหมู่บ้าน) ร้อยละ 100 A = จำนวนขั้นตอนอำเภอขับเคลื่อนงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ B = จำนวนขั้นตอนอำเภอขับเคลื่อนงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมด ปี 2568

13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกัน โรค Stroke โรค Pneumonia และภาวะ Sepsis มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75

จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่อ่านออกเขียนได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน Stroke^๑ ทั้งหมด $\times 100$

จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่อ่านออกเขียนได้ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2568

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน /โรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุข อุ้นใจ) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 92

จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่อ่านออกเขียนได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุข อุ้นใจ) ทั้งหมด $\times 100$

จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่อ่านออกเขียนได้ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2568

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงร่วมกิจกรรมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่อ่านออกเขียนได้ ที่ร่วมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมด $\times 100$

จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่อ่านออกเขียนได้ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2568

ร้อยละผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อ่านออกเขียนได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Pneumonia และภาวะ Sepsis มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75

จำนวนผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อ่านออกเขียนได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรค Pneumonia/Sepsis ทั้งหมด $\times 100$

จำนวนประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2568

ร้อยละกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีที่อ่านออกเขียนได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรค Pneumonia และภาวะ Sepsis มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75

จำนวนกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีที่อ่านออกเขียนได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรค Pneumonia/Sepsis ทั้งหมด $\times 100$

จำนวนกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2568

ร้อยละชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพของอำเภอขับเคลื่อนงาน 4 ขั้นตอน (1 ตำบล) ร้อยละ 100

จำนวนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพของอำเภอขับเคลื่อนงาน 4 ขั้นตอน $\times 100$

จำนวนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพของอำเภอ ทั้งหมด ปี 2568

14.ระยะเวลาประเมินผล

3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน

15.เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนนความสำเร็จ	รายการข้อมูล	คะแนนที่ได้
ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1	1.หน่วยบริการทุกแห่งลงทะเบียนและประเมินตนเองผ่านโปรแกรมสาสุข อุ้นใจ 2.อำเภอเลือก 1 ตำบล เพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 1 ตำบล 3.ชุมชนมีคณะทำงานการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง 4.ตำบลมีทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ โรคความดันโลหิตสูง/ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ดำเนินการขับเคลื่อน กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกัน Stroke Pneumonia และภาวะ Sepsis (ทุกหมู่บ้าน)	1

15.เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อ)		
ระดับคะแนนความสำเร็จ	รายการข้อมูล	คะแนนที่ได้
ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 2	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1 และมีผลลัพธ์ - จำนวนผู้ป่วย DM/HT ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน มีนาคม 2567) $\geq$ ร้อยละ 50	2
ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 3	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2 และมีผลลัพธ์ ก่อนร่วมกิจกรรม (ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ) 1.ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา) $\geq$ ร้อยละ 75 2.ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุข อุ๋นใจ) $\geq$ ร้อยละ 92 3.ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ $\geq$ ร้อยละ 75	3
ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 4	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2 และมีผลลัพธ์หลังร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน มิถุนายน 2567) (ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 2 ข้อ) 1. ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา) $\geq$ ร้อยละ 75 2. ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุข อุ๋นใจ) $\geq$ ร้อยละ 92 3. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ $\geq$ ร้อยละ 75	4
ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 5	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2 และมีผลลัพธ์หลังร่วมกิจกรรม ผ่านทุกข้อ 1. ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา) $\geq$ ร้อยละ 75 2. ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุข อุ๋นใจ) $\geq$ ร้อยละ 92 3. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ $\geq$ ร้อยละ 75	5
16.วิธีการประเมินผล		
1.รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health Data Center 2.รายงานผลการดำเนินงานในระบบโปรแกรม กองสุขศึกษา 3.รายงานผลการดำเนินงานในระบบโปรแกรม สาสุข อุ๋นใจ 4.โรค Pneumonia และภาวะ Sepsis รายงานจาก รพ.สต./PCU/ สสอ./รพช./ รพท. 5.รายงานจากเว็บไซต์ https://forms.gle/Px1QALo6kUGwJiHf7		

17.Small Success ปี 2568

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.หน่วยบริการทุกแห่ง ลงทะเบียนและประเมินตนเองผ่านโปรแกรมสาสุข อุ่นใจ 2.อำเภอเลือก 1 ตำบล เพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 1 ตำบล 3.ชุมชนมีคณะทำงานการ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปอดอุดกั้น หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 4.ตำบลมีทะเบียนผู้ป่วย โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปอดอุดกั้น หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค Stroke Sepsis และ Pneumonia (ทุกชุมชน/หมู่บ้าน)	1.จำนวนผู้ป่วย DM/HT/ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน มีนาคม 2568) >ร้อยละ 50 (กองสุศึกษา)แบบสอบถาม 2.ผู้ป่วย DM/HT ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนร่วมกิจกรรม (ภายใน เดือน มีนาคม 2568) >ร้อยละ 92 (กรมอนามัย) 3.ผู้ป่วย DM/HT/ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนร่วม กิจกรรม (ภายในเดือน มีนาคม 2568) >ร้อยละ 92 (กรมอนามัย)	1.จำนวนผู้ป่วย DM/HT/ ผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วม กิจกรรม (ภายในเดือน มิถุนายน 2568) >ร้อยละ 60 และมีความรอบรู้และพฤติกรรมระดับดีขึ้นไป) >ร้อยละ 75 (กองสุศึกษา)/แบบสอบถาม 2.ผู้ป่วย DM/HT/ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและผู้ดูแลกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วม กิจกรรม (ภายในเดือน สิงหาคม 2568) >ร้อยละ 92 (กรมอนามัย)	1.จำนวนผู้ป่วย DM/HTและประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน มิถุนายน 2568) >ร้อยละ 65 และมีความรอบรู้และพฤติกรรมระดับดีขึ้นไป) >ร้อยละ 75 (กองสุศึกษา) 2.ผู้ป่วย DM/HT/ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและผู้ดูแลกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วม กิจกรรม (ภายในเดือน สิงหาคม 2568) >ร้อยละ 92 (กรมอนามัย)

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
72	-	N/A	N/A	82

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางศิริมา นามประเสริฐ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 086 975 7616	e-mail : -
19.2 ชื่อ-สกุล นางวรรณกร ตาบ้านดู่	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 063 583 5552	e-mail : fnmyi89k@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางสุทธิมา ยลโสภณ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 091 712 0123	e-mail : -
19.4 ชื่อ-สกุล นางนุชครินทร์ แพงมา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 089 944 6779	e-mail : -

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	21. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง 21.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 21.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy 21.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 21.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
4.ชื่อตัวชี้วัด	K109 ร้อยละสตรีอายุ 30 - ≤60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test
5.ค่าน้ำหนัก	3
6.คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-≤60 ปี) ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ทั้งแบบตรวจโดยเจ้าหน้าที่ และแบบ Self Collection เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกของคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผล ลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจแนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี
7.เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
8.วัตถุประสงค์	1.เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2.เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลูกกลาม
9.กลุ่มเป้าหมาย	สตรีไทยอายุ 30 - ≤60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ ตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ 2568 (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 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test รหัส 1B0046 1.2 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test จากโปรแกรม Cancer Cervical Screening @ Khon Kaen 2.ผู้จัดเก็บข้อมูล : ผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็ง 3.พื้นที่รับผิดชอบ : Type area 1 = มีโนทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่ Type area 3 = ไม่มีโนทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่มากกว่า 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 2567 - รอบการนิเทศที่กำหนด			
15.เกณฑ์การให้คะแนน				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<40.00 %	40.00-59.99 %	60.00-69.99 %	70.00-79.99 %	≥80 %
16.วิธีการประเมินผล	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC			
17.Small Success ปี 2568				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 40	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)				
2565	2566	2567		
ร้อยละ 21.82	ร้อยละ 42.81 %	ร้อยละ 60.50 %		

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4322 1125 ต่อ 169	โทรสาร : 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 087 770 7761	e-mail :
19.2 ชื่อ-สกุล นางยุภาพร ดีแป้น	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4322 1125 ต่อ 150	โทรสาร : 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 080 462 0160	e-mail : smallbody@hotmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางสาวเดือน โสภา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4322 1125 ต่อ 150	โทรสาร : 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 081 380 3219	e-mail :

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	21. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง 21.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 21.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy 21.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 21.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
4.ชื่อตัวชี้วัด	K110 ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test
5.ค่าน้ำหนัก	3
6.คำนิยาม	1.การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มี อายุ 50-70 ปีได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ ***จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ในรอบ 2 ปีงบประมาณ 2.กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่) หมายถึง กลุ่มที่ไม่เคยได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในปีงบประมาณ 2567 และกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมาและมีผลการส่องกล้องปกติ
7.เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 97
8.วัตถุประสงค์	1. เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้นซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผล ปกติ/ผลลบ (Negative) 2. เพื่อตรวจหาผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชาย และเพศหญิงอายุ 50-70 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่าง อุจจาระ 3. เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะลุกลาม

9.กลุ่มเป้าหมาย	1.ประชากรเพศชายและหญิง ทุกสิทธิการรักษา ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงในปีงบประมาณ 2567 และผู้ที่เคยได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมาและมีผลการส่องกล้อง ปกติ 2.เป็นประชากร Type area 1, Type area 3 ในช่วงเวลาที่กำหนด 3.จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินการตามที่ได้มีการจัดสรรในปีงบประมาณ 2568			
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.การบันทึกข้อมูล : บันทึกการคัดกรองผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ ด้วยรหัส 1B0060 (ผลลบ) หรือ รหัส 1B0061 (ผลบวก) และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม 2.ผู้จัดเก็บข้อมูล : ผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็ง 3.พื้นที่รับผิดชอบ : Type area 1 = มีโนทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่ Type area 3 = ไม่มีโนทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือน			
11.แหล่งข้อมูล	HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			
12.รายการข้อมูล	A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test และยังไม่ได้รับการคัดกรองในปีงบประมาณ 2567 B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ 2568			
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			
14.ระยะเวลาประเมินผล	เริ่ม 1 ตุลาคม 2567-รอบการนิเทศที่กำหนด			
15.เกณฑ์การให้คะแนน				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
< 40 %	40.00 - 59.99%	60.00 - 79.99%	80.00 - 96.99%	≥ 97%
16.วิธีการประเมินผล	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC			
17.Small Success ปี 2568				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80	ร้อยละ 97	

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)		
2565	2566	2567
ร้อยละ 84.91	ร้อยละ 132.62	ร้อยละ 100.84
19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		
19.1 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4322 1125 ต่อ 169	โทรสาร : 0 4322 4037	
โทรศัพท์มือถือ 087 770 7761	e-mail : -	
19.2 ชื่อ-สกุล นางยุภาพร ดีแป้น	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4322 1125 ต่อ 150	โทรสาร : 0 4322 4037	
โทรศัพท์มือถือ 080 462 0160	e-mail : smallbody@hotmail.com	
19.3 ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4322 1125 ต่อ 150	โทรสาร : 0 4322 4037	
โทรศัพท์มือถือ 081 380 3219	e-mail : -	

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน			
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน			
3.ตัวชี้วัดกระทรวง				
4.ชื่อตัวชี้วัด	K111 การตรวจคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง			
5.ค่าน้ำหนัก	3			
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	K111.1 อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง			
6.คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน และไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานมาก่อน ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา			
7.เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	3.32	6	7	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	A = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน B = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา			
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$[(B-A)/B] \times 100$			
14.ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน			

15.เกณฑ์การให้คะแนน					
K111.1	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<3%	3-3.99 %	4-4.99 %	5-5.99 %	≥6%
16.วิธีการประเมินผล		A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน ประมวลผลจาก DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHORNIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (1, 3) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ประมวลผลจาก DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHORNIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14			
17.Small Success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
รอบ 12 เดือน					
≥ร้อยละ 3		≥ร้อยละ 4		≥ร้อยละ 5	
				≥ร้อยละ 6	
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)					
ผลงาน		2565	2566	2567	
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง		-18.25	-5.98	3.32	
ชื่อตัวชี้วัดย่อย		K111.2 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง			
6.คำนิยาม		ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท หมายเหตุ ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา			
7.เกณฑ์เป้าหมาย		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 2.5			
		ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
		-3.8	3	4	5

8.วัตถุประสงค์	เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จากปีงบประมาณที่ผ่านมา				
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	A = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณปัจจุบัน B = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา				
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(B-A/B) × 100				
14.ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
15.เกณฑ์การให้คะแนน					
K111.2	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<1.5%	1.5-1.99 %	2-2.49 %	2.5-2.99 %	≥3%
16.วิธีการประเมิน	A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณปัจจุบัน ประมวลผลจาก DIAGNOSIS_OPD , DIAGNOSIS_IPD , CHORNIC รหัส ICD-10 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (1 , 3) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ประมวลผลจาก DIAGNOSIS_OPD , DIAGNOSIS_IPD , CHORNIC รหัส ICD-10 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย E10-E14				
17.Small Success ปี 2567					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
≥ร้อยละ 1.5	≥ร้อยละ 2	≥ร้อยละ 2.5	≥ร้อยละ 3		

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)			
ผลงาน	2565	2566	2567
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	-4.75	2.06	-3.8
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	K111.3 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน		
6.คำนิยาม	1.กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้การวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ 2 วิธี ดังนี้ (1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl (2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำ ตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส ในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl หมายเหตุ : 1) ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอน 2) กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG/ RCBG วิธีที่ (2) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 มก./ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG/ FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป 2.การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัย ภายใน 1-180 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน		
7.เกณฑ์เป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ 70		
8.วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน		

9.กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้ที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (type area 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area 3) และ PERSON.DISCHARGE=“9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)				
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud				
11.แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
12.รายการข้อมูล	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวาน อายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน ได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 1-180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน				
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
14.ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
15.เกณฑ์การให้คะแนน					
K111.3	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<55 %	55-59.99 %	60-64.99 %	65-69.99 %	≥70 %
16.วิธีการประเมินผล	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประมวลผลจากแฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา) B : จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 126 mg/dl				

17.Small Success ปี 2567

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ร้อยละ 35	≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 70

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน	ร้อยละ	74.32	55.44	69.51

ชื่อตัวชี้วัดย่อย

K111.4 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6.คำนิยาม

1.กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ

2.การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจัยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย ≥ ร้อยละ 93 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ≥ ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้น หากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ

7.เกณฑ์เป้าหมาย	≥ร้อยละ 95				
8.วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง				
9.กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปัจจุบันประมาณ หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน ในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (type area 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area 3) และ PERSON.DISCHARGE=“9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)				
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เชาระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud				
11.แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
12.รายการข้อมูล	A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 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 หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในปัจจุบันประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง				
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
14.ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
15.เกณฑ์การให้คะแนน					
K111.4	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<77.4 %	77.5-79.9 %	80-82.4 %	82.5-84.9 %	≥85 %
16.วิธีการประเมินผล	A : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN และได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยโดยการทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) หมายถึง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิต ด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หรือ				

16.วิธีการประเมินผล (ต่อ)	: กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย โดยการตรวจวัด ความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน หลังจากได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือ ในชุมชนแล้ว เพื่อรับการ วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โดยประมวลผลจาก แฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP ที่มีประวัติสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในแฟ้ม NCDScreen โดย การคิดผลงานในกรณีที่มีผลการติดตามทั้ง 2 วิธี จะประมวลผลโดยการตัด วิธีที่ซ้ำออก		
	B : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงจากแฟ้ม NCDScreen ที่มีค่าระดับ ความดันโลหิตตัวบน เฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบ และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ โดยคิดจาก ค่าความดันโลหิตที่เขาได้กับกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง		
	ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน) ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2566 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ภายใน 90 วัน ดังนั้น วันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการ ดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2567		
	ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตที่สถานบริการ สาธารณสุขเดิม) ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 จะต้องได้รับการวัดความดัน โลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ดังนั้น วันสุดท้ายของการวัด ความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข จะต้องไม่เกินวันที่ 29 มกราคม 2567 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2567		
17.Small Success ปี 2567			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 85

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		2565	2566	2567	
ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	95.07	89.19	85.15	
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	K111.5 ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน				
6.คำนิยาม	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขต รับผิดชอบทั้งหมด ที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคเบาหวาน				
7.เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90				
8.วัตถุประสงค์	เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน				
9.กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด TYPEAREA = 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , 3 (มาอาศัยในเขต รับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)				
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน ข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud				
11.แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
12.รายการข้อมูล	A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ในปีงบประมาณ B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็น โรคเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน				
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
14.ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
15.เกณฑ์การให้คะแนน					
K111.5	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<60 %	60-69.99 %	70-79.99 %	80-89.99 %	≥90 %

16.วิธีการประเมินผล	คิดจาก 43 แฟ้ม แฟ้มประชากร PERSON สัญชาติไทย (คำนวณ ณ วันที่ 1 ม.ค. ของปีงบประมาณนั้น ลบวันเดือนปีเกิด แล้วมีอายุ 35 ปีขึ้นไป) A : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , 3 (มาอาศัย ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตาย ก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรอง โดยการเจาะน้ำตาลในเลือด จากแฟ้ม NCDScreen.BSLEVEL>=50 mg/dl B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , 3 (มาอาศัย ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตาย สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตาย ตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน				
17.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)					
Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2565	2566	2567
ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน		ร้อยละ	87.53	70.46	62.93
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	K111.6 ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง				
6.คำนิยาม	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขต รับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไม่เคยได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
7.เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90				
8.วัตถุประสงค์	เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง				
9.กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด TYPEAREA= 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , 3 (มาอาศัยในเขต รับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)				
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน ข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud				
11.แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
12.รายการข้อมูล	A = จำนวนประชากรอายุ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง B = จำนวนประชากรอายุ อายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				

14.ระยะเวลาประเมินผล		12 เดือน			
15.เกณฑ์การให้คะแนน					
K111.6	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<60%	60-69.99 %	70-79.99 %	80-89.99 %	≥90 %
16.วิธีการประเมินผล		คิดจาก 43 แพ้ม แพ้มประชากร PERSON สัญชาติไทย (คำนวณ ณ วันที่ 1 ม.ค. ของปีงบประมาณ ลบวันเดือนปีเกิด แล้วมีอายุ 35 ปีขึ้นไป) A : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตาย ก่อนปีงบประมาณและตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการวัดระดับความดันโลหิต จากแฟ้ม NCDScreen.SBP_1 >50 mmHg, NCDScreen.DBP_1 >50 mmHg B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตาย สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตาย ตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน			
17.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)					
Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2565	2566	2567
ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง		ร้อยละ	87.85	70.50	63.09
เกณฑ์การให้คะแนน K111 การตรวจคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	
18.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา			ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 081 380 3219			e-mail : sangdern.sopa@gmail.com		

K111 การตรวจคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง					
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
111.1 อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง	<3%	3-3.99%	4-4.99%	5-5.99%	≥6%
111.2 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	<1.5%	1.5-1.99%	2-2.49%	2.5-2.99 %	≥3%
111.3 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	<55%	55-59.99%	60-64.99%	65-69.99%	≥70%
111.4 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	<77.4%	77.5-79.9%	80-82.4%	82.5-84.9%	≥85%
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

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K112 ความสำเร็จของการจัดการหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ
5.ค่าน้ำหนัก	2
6.คำนิยาม	หมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมและป้องกัน 5 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคปอดบวม โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยดำเนินการทุกหมู่บ้าน ของตำบลที่ถูกเลือกใน 170 ตำบล (ร้อยละ 85 ของตำบลทั้งหมด) จังหวัดขอนแก่น เป็นการบูรณาการการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับปฐมนิเทศ ทูตสุขภาพ และตติยภูมิ โดยการระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้บริบทของชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหา รวมถึงการประเมินผล โดยมีเจ้าหน้าที่ภาครัฐให้การสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประสิทธิผล สอดคล้องกับการขับเคลื่อนวาระคนขอนแก่นสุขภาพดี โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เพื่อคนขอนแก่นสุขภาพดีและอายุยืน คณะกรรมการหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญระดับอำเภอ หมายถึง คณะกรรมการหลักในการดำเนินงานหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ ระดับอำเภอ ประกอบด้วย โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และผู้นำชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการรับทราบปัญหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา รวมถึงประเมินผล การดำเนินงานร่วมกัน กลุ่มเสี่ยงต่อ 5 โรคสำคัญ หมายถึง ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อ 5 โรคสำคัญ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 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)

6.คำนิยาม (ต่อ)	รหัส ICD-10 ผู้ป่วย 5 โรค 1) โรคปอดบวม (Pneumonia) ICD10: J12 - J18 2) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ICD10: I60 - I69 3) โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ICD10: A40-A41.9, R57.2, R65.1 4) โรคเบาหวาน (DM) ICD: E10 - E14 5) โรคความดันโลหิตสูง (HT): I10 - I15
7.เกณฑ์เป้าหมาย	คะแนนความสำเร็จของการจัดการหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ 5 คะแนน
8.วัตถุประสงค์	1.อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็นแกนนำในการส่งเสริมป้องกันโรค และแก้ไข ปัญหา 5 โรคสำคัญ 2.กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ได้รับการเยี่ยมบ้านและคัดกรอง 5 โรคสำคัญ เพื่อนำเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข 3.จำนวนตาย/อัตราราย/ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป จากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
9.กลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) ทั้ง 26 อำเภอ
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รายงานผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. 2.รายงานผลการดำเนินงาน อสม. คัดกรอง/เยี่ยมบ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ
11.แหล่งข้อมูล	1.ระบบรายงานข้อมูลสถานะด้านสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น (Health Status) 2.แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ
12.รายการข้อมูล	1.คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรค ระดับอำเภอ 2.แผนปฏิบัติการหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรค ระดับอำเภอ 3.จำนวน อสม. ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพและมีความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ 4.จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และได้รับความรู้ เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญจาก อสม. 5.การรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และการให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ กับประชากรกลุ่มเสี่ยง 6.เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) มีและใช้ NEW Score ในการคัดกรองผู้ป่วย Pneumonia/ Sepsis 7. จำนวนตาย/อัตราราย/ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป จากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ของ 5 โรค ระดับอำเภอ

13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.ร้อยละ อสม. ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพ มีความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ (ผ่านการทดสอบความรู้ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป) A = อสม. ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพ มีความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ (ผ่านการทดสอบความรู้ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป) B = อสม. ทั้งหมดในอำเภอ สูตร $(A/B) \times 100$ 2.ร้อยละกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และได้รับความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ จาก อสม. A = กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และได้รับความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ จาก อสม. B = กลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในอำเภอ สูตร $(A/B) \times 100$ 3.การรายงานข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และการให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ กับประชากรกลุ่มเสี่ยง อย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง) A = จำนวนเดือนที่รายงานข้อมูล (เดือน) B = 12 เดือน สูตร $(A/B) \times 100$	
14.ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบนิเทศและประเมินผล 2 ครั้ง/ปี	
15.เกณฑ์การให้คะแนน		
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

15.เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อ)		
เรื่อง	เกณฑ์ประเมิน	คะแนน
S: Structure	1.มีคณะกรรมการหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ ระดับอำเภอ	มี = 0.5 ไม่มี = 0
I: Information	2.มีกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานและแผนปฏิบัติการ หมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ ระดับอำเภอ	มี = 0.5 ไม่มี = 0
I: Intervention I: Integration	3. ร้อยละ อสม. ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพและ ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ (ผ่านการทดสอบความรู้ ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	$\geq 80\% = 0.5$ $60-79\% = 0.3$ $<60\% = 0$
	4.ร้อยละ กลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ จาก อสม. (ความครอบคลุมของการได้รับติดตามเยี่ยม/คัดกรอง)	$\geq 80\% = 0.5$ $60-79\% = 0.3$ $<60\% = 0$
	5.การรายงานข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และ ให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ กับประชากรกลุ่มเสี่ยง อย่างสม่ำเสมอ (เดือนละ 1 ครั้ง)	≥ 7 ครั้ง = 0.5 5-6 ครั้ง = 0.3 <5 ครั้ง = 0
	6.เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) มีและใช้ NEW Score ในการคัดกรองผู้ป่วย Pneumonia/ Sepsis	มี = 0.5 ไม่มี = 0
M: Monitoring and Evaluation	7.จำนวนตาย/อัตราการตาย หรือปีสุขภาวะที่สูญเสียไป จากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ของ 5 โรค ระดับอำเภอ ลดลงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา (2567)	ลดลง 5 โรค = 2 ลดลง 4 โรค = 1.6 ลดลง 3 โรค = 1.2 ลดลง 2 โรค = 0.8 ลดลง 1 โรค = 0.4 ลดลง 0 โรค = 0
คะแนนรวม		เต็ม 5 คะแนน
16.วิธีการประเมินผล		
1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นิเทศงานและจัดเก็บข้อมูล แผนการดำเนินงาน จากการนิเทศงาน 2.ประเมินผลงานจากระบบรายงานข้อมูลสถานะด้านสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น (Health Status)		

17.Small Success ปี 2568			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.มีคณะกรรมการหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ ระดับอำเภอ 2. มีกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานและแผนปฏิบัติการ หมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรคสำคัญ ระดับอำเภอ 3.เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) มีและใช้ NEW Score ในการคัดกรองผู้ป่วย Pneumonia/Sepsis	1.อสม.ที่ผ่านการอบรมฯ ผ่านการทดสอบความรู้ได้คะแนน ร้อยละ ≥ 80 จำนวน ร้อยละ ≥ 80 ของ อสม. ทั้งหมดในอำเภอ 2.มีข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญกับประชากรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ >60 ของกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในอำเภอ	1.มีข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญกับประชากรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ≥ 70 ของกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในอำเภอ	1. มีข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญกับประชากรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ≥ 80 ของกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในอำเภอ 2.จำนวนตาย/อัตราการตายหรือปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ของ 5 โรคระดับอำเภอ ลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา (2567)
18.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด			
18.1 ชื่อ-สกุล นายจักรสันต์ เลยหยุด		ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	
กลุ่มงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์มือถือ 089 712 7900		e-mail : -	
18.2 ชื่อ-สกุล นายเจษฎา สุรวรรณ		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	
กลุ่มงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์มือถือ 061 192 5398		e-mail : evaluation.kkpho@gmail.com	
18.3 ชื่อ-สกุล นายสรายุ มันทาพันธ์		ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ	
กลุ่มงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์มือถือ 061 054 6084		e-mail : evaluation.kkpho@gmail.com	
18.4 ชื่อ-สกุล นายอานนท์ สีหาลุน		ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	
กลุ่มงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์มือถือ 088 654 3819		e-mail : evaluation.kkpho@gmail.com	

คำอธิบายเพิ่มเติมในการดำเนินงาน K112
ให้เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) ทั้ง 26 อำเภอ ส่งผลงานผ่านระบบ Online
ตามลิงค์ : <https://shorturl.at/K4Hax>



- 1. คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรค ระดับอำเภอ** พื้นที่จัดทำคำสั่งในรูปคณะกรรมการ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ ประกอบด้วย ผอ.รพ./ผู้แทนโรงพยาบาล สสอ./ผช.สสอ./ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ ผอ.รพ.สต./ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการรับทราบปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันแก้ไขปัญหา รวมถึงประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน (สสจ.จัดทำลิ้งค์ส่งเอกสาร คำสั่งจำแนกเป็นรายอำเภอ โดยให้ สสอ.รวบรวมรายงานข้อมูล)
- 2. แผนปฏิบัติการหมู่บ้านลดป่วย ลดตาย 5 โรค ระดับอำเภอ** พื้นที่มีการจัดทำแผนงาน/โครงการรองรับเพื่อแก้ไขปัญหา เป็นโครงการเดี่ยวเฉพาะ K112 หรือบูรณาการร่วมกับแผนงาน/โครงการอื่นๆ (สสจ.จัดทำลิ้งค์ส่งเอกสาร แผนงาน/โครงการ จำแนกเป็นรายอำเภอ โดยให้ สสอ.รวบรวมรายงานข้อมูล)
- 3. จำนวน อสม. ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพและมีความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ** พื้นที่มีการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ โดยการบูรณาการร่วมกับแผนงาน/โครงการอื่นๆ อสม. ต้องผ่านการอบรมและมีความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ โดยได้คะแนน $\geq 80\%$ ขึ้นไป
ลิงค์แบบประเมินก่อนเรียน : <https://forms.gle/wBfoXgzNCYX2TqhM7>
ลิงค์แบบประเมินหลังเรียน : <https://forms.gle/DPxsFrzdJDUgQRzi7>
(สสจ.จัดสื่อการสอน อสม. 5 โรคสำคัญ แบบวัดความรู้ แบบรายงานผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยให้ สสอ.รวบรวมรายงานข้อมูล)
- 4. จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และได้รับความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญจาก อสม.**
พื้นที่รายงานผลการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ ผ่าน Google Form อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ตามลิงค์ : <https://forms.gle/rwTwMLbiUm62hy3o7>
(≥ 7 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ = ผ่านเกณฑ์)
- 5. การรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานการติดตามเยี่ยมบ้าน/คัดกรอง และการให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญกับประชากรกลุ่มเสี่ยง**
ข้อที่ 4 และ 5 พื้นที่เลือกตำบลเป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 (85% ของจำนวนตำบลในอำเภอนั้นๆ และทุกตำบลที่ถูกเลือกดำเนินกิจกรรมทุกหมู่บ้าน) โดย อสม.ในพื้นที่หมู่บ้าน/ตำบล เป้าหมาย มีการสำรวจกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 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) เพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมบ้าน/ให้คำแนะนำ warning signs 5 โรคสำคัญ หากพบอาการที่ผิดปกติสามารถให้คำแนะนำเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ทันที หรือหากกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับ warning signs 5 โรคสำคัญ ซึ่งอาจได้รับความรู้จาก อสม./แกนนำชุมชน/หรือทุกช่องทาง หากพบอาการที่ผิดปกติสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ทันที (สสจ.ออกแบบสำรวจกลุ่มเป้าหมาย แบบรายงานการเยี่ยมบ้านของ อสม. โดยให้ สสอ.รวบรวมและจัดส่งรายงานผ่าน Google Form ทุกเดือน)

6. เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) มีและใช้ NEWS Score ในการคัดกรองผู้ป่วย Pneumonia/Sepsis

รพศ/รพท./รพช. มีและใช้ NEWS Score ในการประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย Pneumonia/Sepsis รวมถึงการมีและใช้ Pneumonia/Sepsis Protocol ในการดูแลรักษาผู้ป่วย (สสจ.สุ่มประเมินช่วงนิเทศ ติดตาม CUP)

7. จำนวนตาย/อัตรตาย/ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป จากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ของ 5 โรค ระดับอำเภอ

(สสจ.ใช้ข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูลสถานะด้านสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น (Health Status) ผ่านลิงค์ : https://lookerstudio.google.com/reporting/18832429-9b68-4de3-9e7c-149743693339/page/p_qchn3pc9gd ในการประเมินเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา)

QR – Code แหล่งความรู้ 5 โรคสำคัญ



ลิงค์ : <https://shorturl.at/2aJJN>

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2.เป้าประสงค์ที่ 3	ระบบคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย)
4.ชื่อตัวชี้วัด	K113 โรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
5.ค่าน้ำหนัก	3
6.คำนิยาม	โรงพยาบาลที่ยกระดับพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (รพ.ศูนย์ 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.มีการจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	3.มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
หมวด 3 R : Rest room	4.มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
	5.มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
หมวด 4 E : Energy	6.มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
	7.มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบัน และเป็นรูปธรรม เกิดประสิทธิภาพในการลดการใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
หมวด 5 E : Environment	8.มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกละวางผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ

6.คำนิยาม (ต่อ)	9.มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วย และญาติ
หมวด 6 N : Nutrition	10.สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร 11.ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวัง ทางสุขาภิบาลอาหาร 12.จัดให้มีน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 13.โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคี เครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลปลอดภัย Food Safety Hospital)
หมวด 7 Innovation	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ ข้อที่ 1 - 15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) 14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายในโรงพยาบาลและชุมชน
หมวด 8 Network	15. สร้างเครือข่ายพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ ข้อที่ 1 – 15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน 1 ด้าน 1. การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) 2. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพ ภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 3. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4. การจัดการของเสียทางการแพทย์
7.เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับมาตรฐาน (Standard) = 4 แห่ง ระดับดีเยี่ยม (Excellent) = 16 แห่ง ระดับท้าทาย (Challenge) = 6 แห่ง
8.วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีการ พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ 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	A = รพ.มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 176 คะแนนขึ้นไป B = รพ.มีผลการประเมินหมวด 1-8 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และมีคะแนนรวม 243 คะแนนขึ้นไป C = รพ.ผ่านการประเมินระดับดีเยี่ยม และผ่านการประเมินตามเกณฑ์ระดับท้าทาย จำนวน 1 ด้าน	
14.ระยะเวลาประเมินผล	นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปี 2568 ให้คะแนนในรอบที่ 2	
15.เกณฑ์การให้คะแนน	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. ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย (Challenge) ให้ 5 คะแนน	
16.วิธีการประเมินผล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองบันทึกข้อมูลในโปรแกรม GREEN & CLEAN Hospital ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ Standard Excellent) 3. คณะกรรมการระดับเขต ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ระดับ Challenge ในประเด็นการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการของเสียทางการแพทย์ 4. คณะกรรมการส่วนกลาง ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ระดับ Challenge ในประเด็น การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ	

17.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
ระดับมาตรฐาน	รพ.(แห่ง)	NA	9	9
ระดับดีเยี่ยม	รพ.(แห่ง)	NA	12	12
ระดับท้าทาย	รพ.(แห่ง)	NA	3	3

18.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

18.1 ชื่อ-สกุล นายณัฐวุฒิ จันทะแสง	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 043-221125 ต่อ 156	โทรสาร 043-224037
โทรศัพท์มือถือ 064 9839562	e-mail : pro_tb@yahoo.com
18.2 ชื่อ-สกุล นางสาวนภัสวรรณ สนธินอก	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 043-221125 ต่อ 156	โทรสาร 043-224037
โทรศัพท์มือถือ 091 8673075	e-mail : aom.napass@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K114 อำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Plus (พขอ. Plus)
5.ค่าน้ำหนัก	2
6.คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) หมายถึงการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทำให้เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเกิดความยั่งยืนสืบไป อำเภอ หมายถึง หน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 26 อำเภอ เกณฑ์คุณภาพ (พขอ. Plus) หมายถึง มีผลการดำเนินงาน ดังนี้ 1.มีแผนงานโครงการและมีกระบวนการคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างน้อย 3 ประเด็น 2.มีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ 3.มีผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านตามเกณฑ์ผลลัพธ์ที่กำหนด 4.มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปี 2568 5.มีนวัตกรรม หรือ มีผลงานเด่น รายงาน อสม. นับคาร์บ ร้อยละ 100 หมายถึง ร้อยละ 100 ของ อสม.ที่นับคาร์บตัวเองผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.

6.คำนิยาม (ต่อ)	รายงาน อสม. สอนนับคาร์บ $\geq$ ร้อยละ 90 หมายถึง อสม.สอนประชาชนนับคาร์บผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ร้อยละ 90 ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ประเด็นการพัฒนาคูณภาพชีวิตจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ปัญหา NCDs (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ Stroke) 2) ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด (CBTx) 3) ปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่
7.เกณฑ์เป้าหมาย	อำเภอผ่านเกณฑ์ พขอ. Plus ระดับดีขึ้น ร้อยละ 100 5 คะแนน = ดีเยี่ยม 4 คะแนน = ดีมาก 3 คะแนน = ดี 2 คะแนน = พอใช้
8.วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561
9.กลุ่มเป้าหมาย	9.1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 26 อำเภอ 9.2 ตำบลต้นแบบ CBTx ชุมชนล้อมรักษ์ อำเภอละ 1 ตำบล รวม 26 ตำบล 9.3 อสม. จังหวัดขอนแก่น 33,621 คน 9.4 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ระบบรายงาน HDC 2.รายงานโปรแกรม CL UCCARE 3.รายงานในระบบ 3 หมอรู้จักคุณ 4.ผลการประเมินตนเองระดับการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE ก่อน - หลังดำเนินการ รายประเด็น 5.รายงานผลการดำเนินงาน หรือใบตอบรับผลงาน พขอ. 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2565 - พ.ศ. 2567) ได้รับรางวัล และ/หรือ เสนอขอรับรางวัลในเวทีระดับชาติขึ้นไป 6.รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปี 2568
11.แหล่งข้อมูล	1.ข้อมูลรายงาน HDC สสจ.ขอนแก่น 2.ระบบ 3 หมอรู้จักคุณ 3.เอกสารประกอบการนิเทศงานของอำเภอ ที่เตรียมเพื่อรับการนิเทศงานประจำปี 2568 4.ระบบรายงานโครงการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยความร่วมมือของชุมชน

11.แหล่งข้อมูล (ต่อ)	5.แบบรายงานการประเมินตนเองระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามแนวทาง UCCARE ก่อน – หลัง ดำเนินการ 6.รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามองค์ประกอบ UCCARE ประจำปี 2568 อย่างน้อย 3 เรื่อง 7.เอกสารและ/หรือนวัตกรรมหรือผลงานที่เสนอขอรับรางวัลในเวทีระดับชาติขึ้นไป								
12.รายการข้อมูล	1.คำสั่งคณะกรรมการ พขอ. และ อนุกรรมการ พขอ. รายประเด็นที่เป็นปัจจุบัน 2.รายงานการประเมินตนเองระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามแนวทาง UCCARE ก่อน – หลังดำเนินการ 3.รายงานข้อมูล อสม. ชวนนับคาร์บ 4.รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน รายไตรมาส 5.รายงานโครงการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน 6.แผนขับเคลื่อนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 7.แผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รายประเด็น ประจำปี พ.ศ. 2568 8.รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปี พ.ศ. 2568 9.เอกสาร และ/หรือ นวัตกรรมหรือผลงานที่เสนอขอรับรางวัลในเวทีระดับชาติขึ้นไป								
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-								
14.ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ดังนี้ รอบที่ 1 ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 31 ธันวาคม 2567 รอบที่ 2 ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 - 30 มิถุนายน 2568								
15.เกณฑ์การให้คะแนน	ให้คะแนน 2 รอบ รวม 5 คะแนน รายละเอียด ดังนี้ รอบที่ 1 คะแนนเต็ม 1 คะแนน <table border="1" data-bbox="570 1423 1451 1892"> <thead> <tr> <th>กระบวนการ</th><th>คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กระบวนการวางแผนดำเนินการ 1.1 มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. แบบบูรณาการทรัพยากร คน เงิน ของข้อมูล องค์ความรู้ จากทุกภาคส่วน “One project One plan” 1.2 มีกระบวนการคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างน้อย 3 ประเด็น 1.3 มีผลการประเมินตนเองก่อนดำเนินการ ในระบบ CL UCCARE</td><td>0.5</td></tr> <tr> <td>2. ผลการดำเนินการระยะที่ 1 ประเด็นปัญหา NCDs มีรายงาน อสม. นับคาร์บ ร้อยละ 100</td><td>0.5</td></tr> <tr> <td>คะแนนรวม</td><td>1 คะแนน</td></tr> </tbody> </table>	กระบวนการ	คะแนน	1. กระบวนการวางแผนดำเนินการ 1.1 มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. แบบบูรณาการทรัพยากร คน เงิน ของข้อมูล องค์ความรู้ จากทุกภาคส่วน “One project One plan” 1.2 มีกระบวนการคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างน้อย 3 ประเด็น 1.3 มีผลการประเมินตนเองก่อนดำเนินการ ในระบบ CL UCCARE	0.5	2. ผลการดำเนินการระยะที่ 1 ประเด็นปัญหา NCDs มีรายงาน อสม. นับคาร์บ ร้อยละ 100	0.5	คะแนนรวม	1 คะแนน
กระบวนการ	คะแนน								
1. กระบวนการวางแผนดำเนินการ 1.1 มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. แบบบูรณาการทรัพยากร คน เงิน ของข้อมูล องค์ความรู้ จากทุกภาคส่วน “One project One plan” 1.2 มีกระบวนการคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างน้อย 3 ประเด็น 1.3 มีผลการประเมินตนเองก่อนดำเนินการ ในระบบ CL UCCARE	0.5								
2. ผลการดำเนินการระยะที่ 1 ประเด็นปัญหา NCDs มีรายงาน อสม. นับคาร์บ ร้อยละ 100	0.5								
คะแนนรวม	1 คะแนน								

15.เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อ)	รอบที่ 2 คะแนนเต็ม 4 คะแนน	
	กระบวนการ	คะแนน
	3. ผลการดำเนินการระยะที่ 2	
	3.1 ประเด็นปัญหา NCDs : มีรายงาน อสม.สอนนับคาร์บ $\geq$ ร้อยละ 90	0.5
	3.2 ประเด็นปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด (CBTx) : มีรายงานการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx ชุมชนล้อมรั้ง) 4 กิจกรรม	1
	3.3 ประเด็นปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ : มีรายงานผลการดำเนินงานประเด็นปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่	1
	4. ผ่านเกณฑ์ผลลัพธ์ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ใน 3 ประเด็นหลัก	0.5
5. ผลงานเด่น	5.1 มีนวัตกรรมหรือผลงานเด่น หรือมีผลงาน 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2566 - พ.ศ. 2568) ที่ได้รับรางวัลระดับชาติขึ้นไป	0.5
	5.2 มีนวัตกรรมหรือผลงานเด่น และได้รับรางวัลในเวทีระดับจังหวัดขึ้นไป หรือได้นำเสนอในเวทีระดับชาติขึ้นไป	0.5
	คะแนนรวมทุกเกณฑ์	4 คะแนน

16.วิธีการประเมินผล	1.ประเมินจากข้อมูลในระบบ HDC สสจ.ขอนแก่น 2.โปรแกรม CL UCCARE 3.ระบบ 3 หมอรู้จักคุณ 4.ระบบรายงานโครงการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 5.ประเมินการดำเนินงานจากการนิเทศงาน ประเมินผลระดับ CUP
---------------------	--

17.Small Success ปี 2568			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ทบทวน/ปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการ พขอ./อนุกรรมการ พขอ. - ทบทวนคัดเลือกประเด็น พขอ. - ประเมินตนเอง ตามแนวทาง UCCARE ก่อนดำเนินการ - วางแผนขับเคลื่อน พขอ. ในรูปแบบ one project one plan - มีแผนปฏิบัติการรายประเด็น (อย่างน้อย 3 ประเด็น) - อสม. นับคาร์บ ร้อยละ 100	- ดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนรายประเด็น - มีการบริหารจัดการทรัพยากรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง - ติดตามการดำเนินงาน / แก้ไขปัญหา - อสม. สอนนับคาร์บ ร้อยละ 90 - รายงานโครงการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	- เยี่ยมเสริมพลังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน - ประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE หลังดำเนินงาน	- รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามองค์ประกอบ UCCARE ประจำปี 2567 อย่างน้อย 3 เรื่อง - ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน - ผ่านเกณฑ์ พขอ. Plus ระดับดีขึ้นไป

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
ผลงานอำเภอมผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	86.16	96.15	100

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
ชื่อ-สกุล นางสาวผดาร์ณัช พลไชยมาตย์	ตำแหน่ง
กลุ่มงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 122	โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 085 855 1669	e-mail : phadarnuch@gmail.com

เป้าหมายการดำเนินการประเด็นปัญหา NCDs

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย อสม. นับคาร์บ ร้อยละ 100 (คน)	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป* (คน)	เป้าหมาย อสม. สอนนับคาร์บ ≥ร้อยละ 90 (คน)
1	เมืองขอนแก่น	6,161	193,354	174,019
2	บ้านฝาง	1,082	23,197	20,877
3	พระยืน	738	16,852	15,167
4	หนองเรือ	1,977	38,576	34,718
5	ชุมแพ	2,311	51,285	46,157
6	สีชมพู	1,532	32,796	29,516
7	น้ำพอง	2,378	52,092	46,883
8	อุบลรัตน์	894	16,408	14,767
9	กระนวน	1,563	33,801	30,421
10	บ้านไผ่	1,771	47,957	43,161
11	เปือยน้อย	386	10,679	9,611
12	พล	1,477	39,626	35,663
13	แวงใหญ่	590	11,457	10,311
14	แวงน้อย	833	20,535	18,482
15	หนองสองห้อง	1,603	29,173	26,256
16	ภูเวียง	1,405	27,862	25,076
17	มัญจาคีรี	1,483	33,118	29,806

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย อสม. นับคาร์บ ร้อยละ 100 (คน)	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป* (คน)	เป้าหมาย อสม. สอนนับคาร์บ ≥ร้อยละ 90 (คน)
18	ชนบท	1,201	21,816	19,634
19	เขาสวนกวาง	596	14,435	12,992
20	ภูผาม่าน	487	10,402	9,362
21	ซำสูง	477	10,868	9,781
22	โคกโพธิ์ไชย	527	12,135	10,922
23	หนองนาคำ	514	10,751	9,676
24	บ้านแฮด	649	14,448	13,003
25	โนนศิลา	521	10,222	9,200
26	เวียงเก่า	465	8,885	7,997
		33,621	792,730	713,457

* HDC 12 ธ.ค. 2567

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน								
2.เป้าประสงค์ที่ 2	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและ ความเจ็บป่วยของประชาชน								
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	6. อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ลดลง (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)								
4.ชื่อตัวชี้วัด	K115 ระดับความสำเร็จในการลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วง 1-18 ปี)								
5.ค่าน้ำหนัก	2								
6.คำนิยาม	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ลดลง ช่วงวัยอายุ 1 - 18 ปี หมายถึง จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 1 - 18 ปี ลดลงร้อยละ 3 โดยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2565 - 2567) โดยใช้ข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus กระทรวงสาธารณสุข								
7.เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์การประเมินโดยใช้คำนวณการลดลงร้อยละ 3 ต่อปี <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 1 ต.ค.67-ธ.ค.67</td><td>ร้อยละ 1 ม.ค.68 - มี.ค.68</td><td>ร้อยละ 2 ม.ค.68 - มิ.ย.68</td><td>ร้อยละ 3 ม.ค.68 - ก.ย.68</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 1 ต.ค.67-ธ.ค.67	ร้อยละ 1 ม.ค.68 - มี.ค.68	ร้อยละ 2 ม.ค.68 - มิ.ย.68	ร้อยละ 3 ม.ค.68 - ก.ย.68
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 1 ต.ค.67-ธ.ค.67	ร้อยละ 1 ม.ค.68 - มี.ค.68	ร้อยละ 2 ม.ค.68 - มิ.ย.68	ร้อยละ 3 ม.ค.68 - ก.ย.68						
8.วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย ช่วงวัยอายุ 1 - 18 ปี								
9.กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเด็กและเยาวชนไทย ช่วงวัยอายุ 1 - 18 ปี ในจังหวัดขอนแก่น								
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน บันทึกข้อมูลในระบบรายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus กระทรวงสาธารณสุข โดยบันทึกข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป								
11.แหล่งข้อมูล	ระบบรายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus กระทรวงสาธารณสุข								
12.รายการข้อมูล	แบบรายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus กระทรวงสาธารณสุข								
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = (จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีอายุ 1-18 ปี (เด็กและเยาวชนไทย) รวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บที่มีอายุ 1-18 ปี เด็กและเยาวชนไทย) ของปีงบประมาณ 2568) - (จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บมีอายุ 1-18 ปี (เด็กและเยาวชนไทย) ค่าเฉลี่ยปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567) B = จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บที่มีอายุ 1-18 ปี (เด็กและเยาวชนไทย) ค่าเฉลี่ยปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 สูตรคำนวณ : (A/B) X 100								

14.ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568												
15.เกณฑ์การให้คะแนน	ประเมินระดับความสำเร็จ กำหนด 5 กิจกรรม ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรมที่</th><th>รายละเอียด</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td> 1.1 โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ในระบบ PHER plus ครบทุกเดือน โดยต้องบันทึกข้อมูลในระบบ $\geq$ ร้อยละ 95 1.2 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/อนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนในระดับอำเภอ </td></tr> <tr> <td>2</td><td> 2.1 นำข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนมาวิเคราะห์ สอบสวนหาสาเหตุ โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ (กรณีไม่มีผู้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน สามารถใช้ผลการวิเคราะห์สอบสวนในกลุ่มอายุอื่นๆ ได้) 2.2 ค้นข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ สอบสวน หาสาเหตุและนำเสนอในการประชุมศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)/ระดับท้องถิ่น (ศปถ.อปท.)/พชอ./คณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนน (กรณีไม่มีผู้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน สามารถใช้ผลการวิเคราะห์สอบสวนในกลุ่มอายุอื่นๆ ได้) </td></tr> <tr> <td>3</td><td> 3.1 มีการดำเนินกิจกรรม“TSY Program”ในโรงเรียนมัธยมศึกษา (ในอำเภอ) 3.2 จัดให้มีการอบรม“วัคซีนจราจร” ในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยเด็กและเยาวชน ในอำเภอต้องผ่านการอบรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของประชากรเด็ก 1- 18 ปี ในอำเภอ </td></tr> <tr> <td>4</td><td>ทำครบข้อ 1-3 และอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน $>$ ร้อยละ 3</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ทำครบข้อ 1-3 และอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน $\leq$ ร้อยละ 3</td></tr> </tbody> </table>	กิจกรรมที่	รายละเอียด	1	1.1 โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ในระบบ PHER plus ครบทุกเดือน โดยต้องบันทึกข้อมูลในระบบ $\geq$ ร้อยละ 95 1.2 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/อนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนในระดับอำเภอ	2	2.1 นำข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนมาวิเคราะห์ สอบสวนหาสาเหตุ โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ (กรณีไม่มีผู้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน สามารถใช้ผลการวิเคราะห์สอบสวนในกลุ่มอายุอื่นๆ ได้) 2.2 ค้นข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ สอบสวน หาสาเหตุและนำเสนอในการประชุมศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)/ระดับท้องถิ่น (ศปถ.อปท.)/พชอ./คณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนน (กรณีไม่มีผู้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน สามารถใช้ผลการวิเคราะห์สอบสวนในกลุ่มอายุอื่นๆ ได้)	3	3.1 มีการดำเนินกิจกรรม“TSY Program”ในโรงเรียนมัธยมศึกษา (ในอำเภอ) 3.2 จัดให้มีการอบรม“วัคซีนจราจร” ในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยเด็กและเยาวชน ในอำเภอต้องผ่านการอบรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของประชากรเด็ก 1- 18 ปี ในอำเภอ	4	ทำครบข้อ 1-3 และอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน $>$ ร้อยละ 3	5	ทำครบข้อ 1-3 และอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน $\leq$ ร้อยละ 3
กิจกรรมที่	รายละเอียด												
1	1.1 โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ในระบบ PHER plus ครบทุกเดือน โดยต้องบันทึกข้อมูลในระบบ $\geq$ ร้อยละ 95 1.2 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/อนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนในระดับอำเภอ												
2	2.1 นำข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนมาวิเคราะห์ สอบสวนหาสาเหตุ โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ (กรณีไม่มีผู้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน สามารถใช้ผลการวิเคราะห์สอบสวนในกลุ่มอายุอื่นๆ ได้) 2.2 ค้นข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ สอบสวน หาสาเหตุและนำเสนอในการประชุมศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)/ระดับท้องถิ่น (ศปถ.อปท.)/พชอ./คณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนน (กรณีไม่มีผู้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน สามารถใช้ผลการวิเคราะห์สอบสวนในกลุ่มอายุอื่นๆ ได้)												
3	3.1 มีการดำเนินกิจกรรม“TSY Program”ในโรงเรียนมัธยมศึกษา (ในอำเภอ) 3.2 จัดให้มีการอบรม“วัคซีนจราจร” ในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยเด็กและเยาวชน ในอำเภอต้องผ่านการอบรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของประชากรเด็ก 1- 18 ปี ในอำเภอ												
4	ทำครบข้อ 1-3 และอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน $>$ ร้อยละ 3												
5	ทำครบข้อ 1-3 และอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน $\leq$ ร้อยละ 3												

16.วิธีการประเมินผล	รายละเอียดกิจกรรม	ระดับความสำเร็จ/ คะแนน
	1. ดำเนินการตามกิจกรรมในข้อ 1 ครบถ้วนทุกกิจกรรม ดังนี้ 1.1 โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนครบทุกเดือน โดยต้องบันทึกข้อมูลในระบบ $\geq$ ร้อยละ 95 1.2 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชนในระดับอำเภอ	1
	2. การวิเคราะห์และสอบสวนอุบัติเหตุทางถนน ครบถ้วนทุกกิจกรรม ดังนี้ 2.1 นำข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนมาวิเคราะห์สอบสวนหาสาเหตุ โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ (กรณีไม่มีผู้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน สามารถใช้ผลการวิเคราะห์สอบสวนในกลุ่มอายุอื่นๆ ได้) 2.2 คืบข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ สอบสวนหาสาเหตุ นำเสนอในการประชุมศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)/ระดับท้องถิ่น (ศปถ.อปท.)/พขอ./คณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนน (กรณีไม่มีผู้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน สามารถใช้ผลการวิเคราะห์สอบสวนในกลุ่มอายุอื่นๆ ได้)	2
	3. การดำเนินกิจกรรม TSY Program 3.1 มีการดำเนินกิจกรรม “TSY Program” ในโรงเรียนมัธยมศึกษา 3.2 จัดให้มีการอบรม“วัคซีนจราจร” ในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยเด็กและเยาวชน ในอำเภอต้องผ่านการอบรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของประชากรเด็ก 1- 18 ปี ในอำเภอ	3
	4. ทำครบข้อ 1-3 และอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย $>$ ร้อยละ 3	4
	5. ทำครบข้อ 1-3 และอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย $\leq$ ร้อยละ 3	5

17.Small Success ปี 2568

อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัยอายุ 1 - 18 ปี) ลดลง

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 1 ต.ค.67-ธ.ค.67	ร้อยละ 1 ม.ค. 68 - มี.ค. 68	ร้อยละ 2 เม.ย.68 - มิ.ย.68	ร้อยละ 3 ก.ค. 68 - ก.ย. 68

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

CUP	การบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 1-18 ปี รอบปีงบประมาณ		
	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
เมืองขอนแก่น	322	527	609
บ้านฝาง	16	1	65
พระยืน	4	4	0
หนองเรือ	31	65	20
ชุมแพ	191	139	8
สีชมพู	87	22	1
น้ำพอง	3	7	11
อุบลรัตน์	36	1	3
บ้านไผ่	64	9	4
เปือยน้อย	14	0	0
พล	5	4	4
เวียงใหญ่	10	0	0
เวียงน้อย	1	0	2
หนองสองห้อง	65	1	4
ภูเวียง	14	5	1
มัญจาคีรี	15	1	2
ชนบท	1	3	4
เขาสวนกวาง	7	0	0
ภูผาม่าน	13	2	0
กระนวน	64	1	2
บ้านแฮด	10	1	1
ซำสูง	17	1	2
หนองนาคำ	7	3	0
เวียงเก่า	0	0	0
โคกโพธิ์ไชย	1	0	0
โนนศิลา	0	0	0
รวม	988	797	743

แหล่งข้อมูล ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus กระทรวงสาธารณสุข

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 250	โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 087 770 7761	e-mail : emskkpho@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางรุจิวรรณ ยมศรีเคน แสงลุน	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 250	โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 095 658 0111	e-mail : emskkpho@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางสาวชนกานต์ ปาสาบุตร	ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 250	โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 099 396 6495	e-mail : emskkpho@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2.เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	15. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
4.ชื่อตัวชี้วัด	K201 ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง
5.ค่าน้ำหนัก	3
6.คำนิยาม	1.อำเภอ หมายถึงเขตพื้นที่ปกครองส่วนภูมิภาค ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบราชการแผ่นดินในแต่ละอำเภอ จะแบ่งย่อยเป็นตำบล 2.คุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง หมายถึง คุณลักษณะที่กรมสุขภาพจิตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นำมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยมีองค์ประกอบหลักดังนี้ 1.1 มีเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ผ่านการอบรมจากผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ในสถานบริการ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน แกนนานักเรียนและแกนนำเยาวชน 1.2 มีการคัดกรองและเฝ้าระวังประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดย 1) เครือข่ายด้วยแบบคัดกรอง 2Q plus และบุคลากรสาธารณสุขด้วย 9Q 8Q ใน 7 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1. ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 2. หญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด 3. ผู้มีปัญหาสุรา/ ยาเสพติด 4. ผู้สูงอายุ 5. ผู้ที่มาด้วยอาการซึมเศร้า ชัดเจน 6. ผู้ที่มีอาการทางกายหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ 7. ผู้ที่มีการสูญเสีย 2) บุคลากรสาธารณสุขเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ใน 3 กลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ 1.โรคจิตเภท 2.โรคซึมเศร้า 3.ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด
7.เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5 ร้อยละ 75

8.วัตถุประสงค์	1.เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชนระดับอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น 2.เพื่อให้มีการพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น 3.เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น
9.กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในจังหวัดขอนแก่น
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกแผนปฏิบัติงาน (KOPA)สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2.คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ใน 3 กลุ่มเสี่ยงสำคัญ ใน HDC 1) โรคจิตเภท F20.X 2) โรคซึมเศร้า F32.X, F33.X, F34.1.X, F38.X,และ F39.X 3) ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด F10.X-F19.X 3.บันทึกข้อมูลรายงานสุขภาพจิตในโปรแกรม online: http://506s.dmh.go.th 3.1 แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง(กรณีเสียชีวิต) :กรมสุขภาพจิต รง.506S V.11 4.บันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 4.1 โรคซึมเศร้ารายใหม่ (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 โรคจิตเภทรายใหม่ (ICD-10) F20.x 5.ระบบกิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนในคลินิกหมอ (PCU NPCU) 5.1 รวบรวมและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (F20 - F29) 5.2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 5.3 ประสาน เชื่อมโยงข้อมูล ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
11.แหล่งข้อมูล	1.ระบบรายงานแผนปฏิบัติงาน (KOPA) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2.โปรแกรม online : http://506s.dmh.go.th 3.HDC Datacenter กลุ่มรายงานมาตรฐาน : ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช
12.รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต) ปีงบประมาณ 2568 B = จำนวนประชากรกลางปี 2568 **หมายเหตุ สำหรับไตรมาส 2 ใช้ประชากรปลายปี 2567 สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากรกลางปี 2568 แหล่งข้อมูล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 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	อำเภอมีการดำเนินการตามกิจกรรม ในข้อ 1-3 ได้แก่ 1.มีแผนงานและโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย การบันทึกผ่านระบบรายงานแผนปฏิบัติงาน (KOPA) 2.มีเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3.มีทีมสอบสวนการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ อย่างน้อย 3 คน และผ่านการอบรมการสอบสวนการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 คน
2	ขั้นตอนที่ 1 และมีการดำเนินการ ดังต่อไปนี้ 1.มีการสอบสวนและลงบันทึกรายงานการฆ่าตัวตายในระบบรายงาน 506 V.11 (ไตรมาส 2 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ไตรมาส 4 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90) 2.มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน 3 กลุ่มเสี่ยงสำคัญ (โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ด้วย 8Q (ไตรมาส 2 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ไตรมาส 4 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60)
3	ขั้นตอนที่ 1-2 และมีการดำเนินกิจกรรมต่อไปนี้ 1.มีคลินิกหมอครอบครัว (PCU NPCU) มีระบบกิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน 2.มีการเฝ้าระวังและติดตามในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ตามแนวทางรายโรค 3.ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (ผ่านเกณฑ์)

15.เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อ)				
ขั้นตอนที่	กิจกรรม			
4	ขั้นตอนที่ 1-3 และ 1.ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่องภายใน 6 เดือน (ไตรมาส 4 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90) 2.ผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ไตรมาส 4 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60)			
5	ขั้นตอนที่ 1-4 และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.39 ต่อแสนปชก.			
16.วิธีการประเมินผล				
นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน				
17.Small Success ปี 2568				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 5 ต่อประชากรแสนคน	-	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.39 ต่อประชากรแสนคน	
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
การฆ่าตัวตาย สำเร็จ	อัตราต่อประชากร แสนคน	5.97	6.06	7.07
19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด				
19.1 ชื่อ-สกุล นางรุ่งฤดี ไชยทองศรี		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 086 861 6497		e-mail : mintrachaimaha@gmail.com		
19.2 ชื่อ-สกุล นายณรงค์ชัย เติงศิริ		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 081 669 1062		e-mail : tuttu34@gmail.com		
19.3 ชื่อ-สกุล นางสาวนงลักษณ์ เข้มศิริ		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข		
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 062 516 1046		e-mail : keeta.nongluk1@gmail.com		

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม								
2.เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ								
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	16. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ								
4.ชื่อตัวชี้วัด	K202 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในจังหวัดได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ								
5.ค่าน้ำหนัก	3								
6.คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ/ก่อความรุนแรงซ้ำ ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-10 รหัส F00.X-F99.X หรือ รหัส X60.X-X84.X ได้รับการประเมินและบันทึกรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 - 1B033 ต่อไปนี้ <table border="1"> <tr> <td>1B030</td><td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต</td></tr> <tr> <td>1B031</td><td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน</td></tr> <tr> <td>1B032</td><td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จจะมุ่งร้าย</td></tr> <tr> <td>1B033</td><td>การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)</td></tr> </table>	1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต	1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน	1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จจะมุ่งร้าย	1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต								
1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน								
1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จจะมุ่งร้าย								
1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)								

	การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การติดตามเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยหน่วยบริการสาธารณสุขและเครือข่ายในเขตสุขภาพ โดยมีการประสานงาน ส่งต่อ และจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทางสาธารณสุข และ/หรือ นั้มาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ <table><tr><td>ปีที่ 1 หลังได้รับการวินิจฉัย SMI-V</td><td>ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง</td></tr><tr><td>ปีที่ 2 เป็นต้นไป</td><td>ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อปี</td></tr></table> โดยมีการลงรหัสการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม (SPECIAL PP) ดังนี้ <table><tr><td>1B037</td><td>การติดตามผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าก่อเหตุความรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม</td></tr></table> ก่อความรุนแรงซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์แล้ว แต่พบว่ก่อความรุนแรงซ้ำ <u>จึงต้องยืนยันการประเมินว่าก่อความรุนแรงซ้ำ</u> เพื่อลงรหัสใดรหัสหนึ่ง 1B030 - 1B033 โดยไม่ลงรหัสการติดตาม 1B037 ใน visit เดียวกัน	ปีที่ 1 หลังได้รับการวินิจฉัย SMI-V	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง	ปีที่ 2 เป็นต้นไป	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อปี	1B037	การติดตามผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าก่อเหตุความรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม
ปีที่ 1 หลังได้รับการวินิจฉัย SMI-V	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง						
ปีที่ 2 เป็นต้นไป	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อปี						
1B037	การติดตามผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าก่อเหตุความรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม						
7.เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 87</td><td>ร้อยละ 89</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 85	ร้อยละ 87	ร้อยละ 89
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70					
ร้อยละ 85	ร้อยละ 87	ร้อยละ 89					
8.วัตถุประสงค์	เพื่อติดตาม เฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ไม่ให้กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี						
9.กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพ						
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) สถานพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น ทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รวบรวมและสรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)						
11.แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูล HDC Datacenter กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มรายงานมาตรฐาน)						

12.รายการข้อมูล	A = ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่นได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ B = ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดขอนแก่นได้รับการดูแลต่อเนื่อง				
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
14.ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 / ไตรมาส 4				
15.เกณฑ์การให้คะแนน					
รอบนิเทศ เกณฑ์คะแนน	1	2	3	4	5
รอบ 6 เดือน	<50	50-54.99	55-59.99	60-64.99	≥65
รอบ 12 เดือน	<70	70-74.99	75-79.99	80-85.99	≥85
16.วิธีการประเมินผล	รวบรวมและสรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)				
17.Small Success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 65	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 85		
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)					
Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		2565	2566	2567	
ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ	-	-	79.63	
19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
19.1 ชื่อ-สกุล นางรุ่งฤดี ไชยทองศรี	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ				
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น				
โทรศัพท์มือถือ 086 861 6497	e-mail : mintrachaimaha@gmail.com				
19.2 ชื่อ-สกุล นายณรงค์ชัย เล็กศิริ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ				
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น				
โทรศัพท์มือถือ 081 669 1062	e-mail : tuttu34@gmail.com				

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด (ต่อ)	
19.3 ชื่อ-สกุล นางสาวนงลักษณ์ เข้มศิริ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 062 516 1046	e-mail : keeta.nongluk1@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม						
2.เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ						
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	22. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)						
4.ชื่อตัวชี้วัด	K203 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)						
5.ค่าน้ำหนัก	3						
6.คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง (ประเมินโดยใช้ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Overt Aggression Scale: OAS) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113, ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม ครอบตามโปรแกรมมาตรฐานต่อเนื่องจนถึงการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานด้านการติดตามทางการแพทย์ดังนี้ - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้ใช้” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี						
7.เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>70</td><td>70</td><td>72</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	70	70	72
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70					
70	70	72					
8.วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข						
9.กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยยาเสพติดในทุกระดับความรุนแรง (แบ่งตามสี) ที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดเฉพาะระบบสมัครใจ ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข						
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)						
11.แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)						

12.รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูครบตามโปรแกรมมาตรฐาน และได้รับการดูแล ติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน* และครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมดที่ครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด (ยกเว้นกรณีถูกจับ เสียชีวิต ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone)				
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
14.ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
15.เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	<55	55-59	60-64	65-69	≥70
16.วิธีการประเมินผล	สถานพยาบาลยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบำบัดที่รายงานในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผล โดย สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข และกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
17.Small Success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน
70	70		70		70
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		2565	2566	2567	
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ (เฉลี่ย 3 ปี 49.85)	42.39	60.39	46.79	

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางสาวศศธร น้อยยามาตย์	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 097 343 0105	e-mail : sasathon.zs@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางวาสนา ทิพเลิศ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 081 729 1259	e-mail : wtipalert@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2.เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K204 คะแนนความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยาระดับอำเภอ
5.ค่าน้ำหนัก	2 <u>คำเป้าหมาย</u> <u>1. RDU district</u> ระดับอำเภอ : RDU district วัดเป็นระดับคะแนนความสำเร็จ คะแนนเต็ม = 5 ระดับจังหวัด : เป้าหมาย RDU District $\geq 80\%$ (21 อำเภอ) ระดับกระทรวง : เป้าหมาย RDU province คือ RDU District $\geq 50\%$ (13 อำเภอ) <u>2. AMR</u> ระดับอำเภอ : มีการบริหารจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ระดับจังหวัด : อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง
6.คำนิยาม	1.ความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยาระดับอำเภอ หมายถึง CUP มีผลลัพธ์ในการดำเนินงาน “อำเภอส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (RDU district) และมีผลลัพธ์ในการจัดการเชื้อดื้อยาได้ตามที่กำหนด 2.“อำเภอส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนา ระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสาน การดำเนินงาน โดยการพัฒนาประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การพัฒนาโรงพยาบาลทั้ง รัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) (2) การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและ ร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in Private Health Sectors, RDU-PCU) และ (3) การพัฒนาการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community, Non Health Sectors) ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประชาชน รวมถึง การใช้ยาในสัตว์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

6.คำนิยาม (ต่อ)	RDU Hospital หมายถึง <i>การพัฒนาระบบยาและระบบบริการ</i> เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยาจากโรงพยาบาล RDU PCU หมายถึง การพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยาในรพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น RDU in Private Health Sectors หมายถึง การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งให้บริการ ด้านยาหรือผลิตภัณฑ์ที่มุ่งหมายการรักษาโรค ได้แก่ คลินิกเอกชน ร้านยา ร้านชำ เป็นต้น RDU in community หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งสถานบริการ สุขภาพทุกระดับ ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น Non-Health Sectors หมายถึง สถานประกอบการ/หน่วยงาน/องค์กรที่ไม่ใช่สถานบริการสุขภาพ และยังไม่มียกเว้นการกำกับดูแล แต่มีการจำหน่ายยาหรือใช้ยา หรือให้บริการด้านยา เช่น ร้านชำ โรงเรียน โรงงาน ปศุสัตว์ และภาคเกษตรกรรม เป็นต้น RDU Coordinator หมายถึง บุคคลหรือคณะบุคคลที่รับผิดชอบหลักในงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การคิดเชิงระบบ มีทักษะการประสานงาน รวมถึงการจัดการระบบ ข้อมูลด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ตลอดจนการถ่ายทอดข้อมูลและผลักดันให้เกิดการส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมเชิงระบบอย่างมีส่วนร่วมทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชนในระดับอำเภอ การประเมินอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยา ดำเนินการโดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 3 ส่วน ดังนี้ 1) RDU-Hospital 2) RDU-PCU 3) RDU-community 3. การบริหารจัดการจัดการเชื้อดื้อยา (Integrated AMR Management System) หมายถึง โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการการเพื่อลดปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างเป็นระบบตามเกณฑ์ที่กำหนด
------------------------	--

7.เกณฑ์เป้าหมาย

5 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) มีเป้าหมาย 2 ส่วน ได้แก่ RDU District และการบริหารจัดการจัดการเชื้อดื้อยา (Integrated AMR Management System) ดังนี้

ส่วนที่ 1. RDU district (4 คะแนน) โดยประเมินจากการดำเนินงาน RDU ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 3 ส่วน ได้แก่

- 1) RDU-Hospital 2 คะแนน (ผ่าน KPI 3 ใน 4 ข้อ ได้ 1 คะแนน, ผ่านทุกข้อ ได้ 2 คะแนน)
- 2) RDU-PCU 1 คะแนน (ผ่าน KPI 3 ใน 4 ข้อ)
- 3) RDU-community 1 คะแนน (ผ่าน KPI 2 ใน 3 ข้อ)

ส่วนที่	รายการ KPI
1.RDU-Hospital	1. รพ.ผ่าน KPI RDU ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ผ่าน KPI-RDU 10 ใน 12 ข้อ และใน 10 ข้อที่ผ่านต้องผ่าน KPI ATB ทั้ง 4 รายการ)** หมายเหตุ **หากไม่ผ่านข้อนี้ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital 2. มีการสำรวจยาของโรงพยาบาลสอดคล้องตามรายการบัญชียา จังหวัดฉบับล่าสุด $\geq 100\%$ **หากไม่ผ่านข้อนี้ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital 3. มีรายงานผลลัพธ์ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและป้องกันการแพ้ยาในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด (รายละเอียดเพิ่มเติมท้ายเอกสาร) 4. มีคะแนนการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 คะแนนทุกหมวด วิธีการประเมินผ่านเกณฑ์ RDU-Hospital ผ่าน KPI 3 ใน 4 ข้อ ได้ 1 คะแนน, ผ่านทุกข้อ ได้ 2 คะแนน
RDU-PCU	CUP มีการจัดระบบความปลอดภัยด้านยาในรพ.สต. ดังนี้ 1. เฝ้าระวังและเชื่อมโยง/ส่งต่อข้อมูล ADR/แพ้ยา PCU/รพ.สต. 2. ระบบป้องกัน ME ใน PCU/รพ.สต. 3.อบรม/ฟื้นฟู/update ความรู้ ATB 2 โรค ใน PCC/PCU/รพ.สต. 4. ส่งเสริมฉลากยามาตรฐาน รพ.สต. วิธีการประเมินผ่านเกณฑ์ RDU PCU ต้องผ่านตัวชี้วัดอย่างน้อย 3 รายการ จึงถือว่าผ่านส่วน RDU PCU ได้ 1 คะแนน

7.เกณฑ์เป้าหมาย (ต่อ)	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="560 210 771 262">ส่วนที่</th><th data-bbox="771 210 1459 262">รายการ KPI</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="560 262 771 724">RDU-community</td><td data-bbox="771 262 1459 724"> 1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการเฝ้าระวังการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ/เยี่ยมบ้าน ของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ได้รับการแก้ไขปัญหาในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 80\%$ 2. มีระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความปลอดภัยด้านยา (Proactive hospital based surveillance) ในชุมชน (steroids/NSAIDs/อื่นๆ ที่รพ.กำหนด) 3. มีกิจกรรมส่งเสริมความตระหนักและความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (RDU Literacy) ในชุมชน (วัด/รร./ร้านค้า/ร้านชำ/ร้านขายยา) วิธีการประเมินผ่านเกณฑ์ RDU Community ต้องผ่านตัวชี้วัดอย่างน้อย 2 รายการ จึงถือว่าผ่านส่วน RDU Community ได้ 1 คะแนน </td></tr> </tbody> </table> ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการการเชื่อมต่อ (Integrated AMR Management System) (1 คะแนน) มีการดำเนินการบริหารจัดการการเชื่อมต่อในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด** (เอกสารเพิ่มเติม)	ส่วนที่	รายการ KPI	RDU-community	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการเฝ้าระวังการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ/เยี่ยมบ้าน ของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ได้รับการแก้ไขปัญหาในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 80\%$ 2. มีระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความปลอดภัยด้านยา (Proactive hospital based surveillance) ในชุมชน (steroids/NSAIDs/อื่นๆ ที่รพ.กำหนด) 3. มีกิจกรรมส่งเสริมความตระหนักและความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (RDU Literacy) ในชุมชน (วัด/รร./ร้านค้า/ร้านชำ/ร้านขายยา) วิธีการประเมินผ่านเกณฑ์ RDU Community ต้องผ่านตัวชี้วัดอย่างน้อย 2 รายการ จึงถือว่าผ่านส่วน RDU Community ได้ 1 คะแนน
ส่วนที่	รายการ KPI				
RDU-community	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการเฝ้าระวังการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ/เยี่ยมบ้าน ของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ได้รับการแก้ไขปัญหาในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 80\%$ 2. มีระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความปลอดภัยด้านยา (Proactive hospital based surveillance) ในชุมชน (steroids/NSAIDs/อื่นๆ ที่รพ.กำหนด) 3. มีกิจกรรมส่งเสริมความตระหนักและความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (RDU Literacy) ในชุมชน (วัด/รร./ร้านค้า/ร้านชำ/ร้านขายยา) วิธีการประเมินผ่านเกณฑ์ RDU Community ต้องผ่านตัวชี้วัดอย่างน้อย 2 รายการ จึงถือว่าผ่านส่วน RDU Community ได้ 1 คะแนน				
8.วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยาทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับชุมชน 2. เพื่อลดอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยาในชุมชน				
9.กลุ่มเป้าหมาย	26 อำเภอ ซึ่งในแต่ละอำเภอประกอบด้วย 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า 2. หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต./PCU/PCC ทุกแห่ง				
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานประจำเดือน/รายงานรายไตรมาส				
11.แหล่งข้อมูล	1.ฐานข้อมูล HDC/HIS/รายงานประจำเดือน /รายงานเฉพาะกิจ กปรส. 2.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ 3.แบบรายงานที่กำหนด				
12.รายการข้อมูล	1.ผลงาน KPI RDU ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ดูจาก HDC ที่กระทรวงกำหนด) 2.บัญชีรายการยาของโรงพยาบาล (ล่าสุด) 3.ผลลัพธ์ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและป้องกันการแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด 4.แนวทางการเฝ้าระวังและเชื่อมโยง/ส่งต่อข้อมูล ADR/แพ้ยา ระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาล 5.คะแนนการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 คะแนนทุกหมวด 6.แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในรพ.สต.และสรุปรายงาน				

12.รายการข้อมูล (ต่อ)	7.หลักฐาน/ผลลัพธ์การอบรม/ฟื้นฟู/update ความรู้ ATB 2 โรค ใน PCC/PCU/รพ.สต. 8.แนวทางการส่งเสริมฉลากยามาตรฐานใน รพ.สต. 9.จำนวนผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการเฝ้าระวัง/เยี่ยมบ้าน ได้รับการแก้ไขปัญหาในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเกณฑ์ 10.แนวทางการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความปลอดภัยด้านยา (Proactive hospital based surveillance) ในชุมชน (steroids/NSAIDS)ของ CUP 11.สรุป/รายงานการส่งเสริมความตระหนักในการใช้ยาในชุมชน (วัด/รร./ร้านค้า/ร้านชำ/ร้านขายยา) 12.ดำเนินการบริหารจัดการซื้อตัวยาในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด			
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-			
14.ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล 2 รอบ โดยประเมินตามเกณฑ์ (ผลลัพธ์) และให้คะแนน ดังนี้ รอบที่ 1 ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 รอบที่ 2 ช่วงเดือนมิถุนายน 2568			
15.เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม 5 คะแนน จาก 2 ส่วน 1.คะแนน RDU district = 4 คะแนน 2.คะแนน การบริหารจัดการจัดการซื้อตัวยา (Integrated AMR Management System) = 1 คะแนน			
16.วิธีการประเมินผล	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล			
17.Small Success ปี 2568				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
RDU District = 30%	RDU District = 50%	RDU District=70%	RDU District =80%	
	AMR อัตราการติดเชื้อตัวยา ≤ ปี 2567	AMR อัตราการติดเชื้อตัวยา ≤ ปี 2567	AMR อัตราการติดเชื้อตัวยา ≤ ปี 2567	
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
-	RDU District	50%	80.76%	80.76%
		(13 อำเภอ)	(21 อำเภอ)	(21 อำเภอ)

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางศศิธร เอื้ออนันต์	ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน คຸ້ມກອງຜູ້ບຣິໂກດແລະເກສັຊສາຮາຣນສຸຊ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 081 391 0199	e-mail : sasitorneu@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวอิสริย์ พละสินธุ์เดชา	ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ
กลุ่มงาน คຸ້ມກອງຜູ້ບຣິໂກດແລະເກສັຊສາຮາຣນສຸຊ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 099 459 9594	e-mail : ipalasindech@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางนิสรา ศรีสุระ	ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ
โรงพยาบาลขอนแก่น	e-mail : -

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2.เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	11. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 11.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 11.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับมาเป็นซ้ำ
4.ชื่อตัวชี้วัด	K205 คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค
5.ค่าน้ำหนัก	2
6.คำนิยาม	1.ความสำเร็จของการรักษา (Success) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจเสมหะเป็นลบในเดือนสุดท้าย และก่อนหน้านั้นอีกอย่างน้อย 1 ครั้ง 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ que รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย 2.ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบรายงานข้อมูลวัณโรค (NTIP) มาก่อน โดยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคเป็นผู้ป่วยใหม่ (new) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก โดยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

6.คำนิยาม (ต่อ)	3.ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567-30 กันยายน พ.ศ.2568) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (157 ต่อประชากรแสนคน) 4.ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค (157 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (113,000 ราย) ในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2024) 5.การประเมินการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน พ.ศ. 2568) 6.กลุ่มเป้าหมาย 6.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 6.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567-30 กันยายน พ.ศ. 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน 6.3 การประเมินร้อยละการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน พ.ศ. 2568) 7.เงื่อนไขการคำนวณ 7.1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) ไม่นับรวม ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย 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 จะไม่ถูกนำมานับ
-------------------------------	---

6.คำนิยาม (ต่อ)	รวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่				
7.เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88
8.วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหาย รักษาครบ 2.เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค				
9.กลุ่มเป้าหมาย	1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน 3.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 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	-
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) โดยการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยและพบว่าเป็น RR/MDR/XDR-TB ไม่ถูกนำมานับรวม อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566-30 กันยายน พ.ศ. 2567) คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566-30 กันยายน พ.ศ. 2567) คิดจากอัตรา 157 ต่อ ประชากรแสนคน หมายเหตุ : ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC ร้อยละการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่ม ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) B = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่ม ที่ต้องได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray)
14.ระยะเวลาประเมินผล	- ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกเดือน - ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2568)
15.เกณฑ์การให้คะแนน	กำหนดเป็นขั้นตอนของความสำเร็จแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ขั้นตอน รายละเอียดการดำเนินงานขั้นตอนต่าง ๆ ตามเอกสารแนบท้าย

16.วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย 1. อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (ไตรมาสที่ 1/2568) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88 แยกเป็นระดับ CUP 2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 แยกเป็นระดับ CUP 3. ร้อยละการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85			
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ	70.83	75.26	76.55
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ	88.74	102.5	94.19
หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ *** ไม่คิดรวมอยู่ระหว่างการรักษา ร้อยละ 8.36				
19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด				
19.1 ชื่อ-สกุล นางวีระวรรณ เหล่าวิหวัธ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			
กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			
โทรศัพท์มือถือ 089 622 4515	e-mail :			
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวเอ็มวิกา แสงชาติ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ			
กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			
โทรศัพท์มือถือ 098 209 6938	e-mail : s.emviga@gmail.com			

รายละเอียดการดำเนินงาน

ลำดับ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมิน												
1	- ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรค และปัญหาอุปสรรค 2 ปีย้อนหลัง	0.5	- รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรค ช่องว่างและปัญหาอุปสรรค โดยใช้การวิเคราะห์แบบ SIM3 หรือ 6 Building Block												
	ทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2568	0.5	- ทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน - การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP												
	กระบวนการการติดตาม และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	0.5	- ช่องทางการส่งต่อข้อมูล เพื่อติดตามผู้ป่วยในชุมชน												
2	ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ได้รับการทดสอบความไวของเชื้อต่อยารักษาวัณโรค (DST) $\geq$ ร้อยละ 80	0.5	รายงานข้อมูลจากโปรแกรม NTIP												
3	ร้อยละการคัดกรองวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในปีงบประมาณ 2568 <table><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><50</td><td>50-64.99</td><td>65-74.99</td><td>75-84.99</td><td>85-100</td></tr></table>	คะแนน	0	0.25	0.5	0.75	1	ร้อยละ	<50	50-64.99	65-74.99	75-84.99	85-100	1	รายงานข้อมูลจากโปรแกรม NTIP
คะแนน	0	0.25	0.5	0.75	1										
ร้อยละ	<50	50-64.99	65-74.99	75-84.99	85-100										
4	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2568 ครบรอบรายงานการประเมินวันที่ 30 กันยายน 2568 ดังนี้ <table><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><55</td><td>55-64.9</td><td>65-74.9</td><td>75-84.9</td><td>85-100</td></tr></table>	คะแนน	0	0.25	0.5	0.75	1	ร้อยละ	<55	55-64.9	65-74.9	75-84.9	85-100	1	รายงานจากโปรแกรม NTIP
คะแนน	0	0.25	0.5	0.75	1										
ร้อยละ	<55	55-64.9	65-74.9	75-84.9	85-100										
5	ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานโดยวัดจาก 5.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ประเมินจากผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2568 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567) ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2568 ดังนี้ <table><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><50</td><td>50-67.9</td><td>68-77.9</td><td>78-87.9</td><td>88-100</td></tr></table>	คะแนน	0	0.25	0.5	0.75	1	ร้อยละ	<50	50-67.9	68-77.9	78-87.9	88-100	1	รายงานจากโปรแกรม NTIP
คะแนน	0	0.25	0.5	0.75	1										
ร้อยละ	<50	50-67.9	68-77.9	78-87.9	88-100										

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงาน ปี 2567 อัตราผลสำเร็จของการรักษา
 วัณโรคปอดรายใหม่ (ที่ขึ้นทะเบียนไตรมาสที่ 1/2567) และความครอบคลุมของการรักษา แยกราย CUP
 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)

ที่	CUP	อัตราความสำเร็จของการรักษา (Success rate)*		ความครอบคลุมของการรักษา (Treatment coverage)	
		เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)
1	ขอนแก่น	88	75.49	85	88.02
2	เขาสวนกวาง	88	83.33	85	74.58
3	ชนบท	88	83.33	85	78.08
4	ชุมแพ	88	90.00	85	75.92
5	ซ้ำสูง	88	84.21	85	138.89
6	น้ำพอง	88	84.38	85	102.87
7	บ้านไผ่	88	66.67	85	121.43
8	บ้านฝาง	88	75.00	85	89.41
9	เปือยน้อย	88	88.89	85	90.32
10	พระยืน	88	85.71	85	81.48
11	พล	88	70.59	85	109.02
12	ภูผาม่าน	88	-	85	52.78
13	ภูเวียง	88	56.25	85	57.66
14	มัญจาคีรี	88	78.57	85	161.11
15	แวงน้อย	88	92.86	85	118.46
16	แวงใหญ่	88	75.00	85	60.00
17	ศรีนครินทร์	88	68.97	85	-
18	กระนวน	88	81.25	85	93.39
19	สีรินธร	88	80.95	85	92.16
20	สีชมพู	88	73.53	85	128.57
21	หนองเรือ	88	78.95	85	70.63
22	หนองสองห้อง	88	78.26	85	104.20
23	อุบลรัตน์	88	90.00	85	100.00
24	โนนศิลา	88	100.00	85	112.77
25	โคกโพธิ์ไชย	88	33.33	85	56.41
26	หนองนาคำ	88	50.00	85	64.86
27	เวียงเก่า	88	50.00	85	80.65

หมายเหตุ *ผลงานอัตราความสำเร็จ อยู่ระหว่างการรักษาระดับจังหวัด ร้อยละ 8.36

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2.เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K206 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี K206.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี K206.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
5.ค่าน้ำหนัก	3
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	K206.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
6.คำนิยาม	1.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานด้วยรหัส E10-E14 และได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน โดยอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ Type area 1,3 2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C ในรอบปีงบประมาณ 2568 3.ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง 3.1 ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีโรคร่วม มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 7 หรือ 3.2 ผู้ป่วยเบาหวาน มีโรคร่วม มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 8 หมายเหตุ : รหัส ICD10 มีโรคร่วม ได้แก่ 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) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5 5.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41

7.เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	
	40	40	40	40	
8.วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางระบบต่างๆ เช่น ตา ไต ระบบประสาทส่วนปลาย ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด				
9.กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด Type area 1 , 3				
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม				
11.แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แพ้ม				
12.รายการข้อมูล	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด				
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
14.ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
15.เกณฑ์การให้คะแนน					
K 206.1	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<10%	10-19.99 %	20-29.99 %	30-39.99 %	≥40 %
16.วิธีการประเมินผล	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 – E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA1C (LABFU.LABTEST = “0531601”) ระดับ HbA1C ครั้งสุดท้ายใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT - HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม - HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า ร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 - E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1” , “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขต รับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON.DISCARGE= “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION= “099” (สัญชาติไทย)				

17.Small Success ปี 2568				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
25	30	35	40	

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี		24.51	26.60	31.69

ชื่อตัวชี้วัดย่อย	206.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี											
6.คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง รหัส I10-I15 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140/90 mmHg ในช่วงปีงบประมาณ 2567 ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่											
7.เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2567</td><td>ปีงบประมาณ 2568</td><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td></tr><tr><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td></tr></table>				ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	60	65	70	75
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570									
60	65	70	75									
8.วัตถุประสงค์	เพื่อควบคุมและลดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคอัมพาต											
9.กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด Type area 1 , 3											
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม											
11. แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม											
12. รายการข้อมูล	A : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140/90 mmHg ในปีงบประมาณ B : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ											
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100											
14.ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน											

15.เกณฑ์การให้คะแนน					
K206(2)	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<45%	45-49.99%	50-54.99%	55-59.99%	≥60%
16.วิธีการประเมินผล		A : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15 ในเซตรับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1” , “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และอยู่จริง) ,3 (มาอาศัยในเซตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเซตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION= “099” (สัญชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg) B : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10 – I15 (สัญชาติไทย) ในเซตรับผิดชอบPERSON.TYPE AREA IN (“1” , “3”)			
17.Small Success ปี 2568					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
45		50		55	
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)					
Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2565	2566	2567
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี			24.51	26.60	31.69
เกณฑ์การให้คะแนน K206 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี					
K206(2)	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<45%	45-49.99%	50-54.99%	55-59.99%	≥60%
19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา			ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 081 380 3219			e-mail : sangdern.sopa@gmail.com		

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2.เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	19. ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า
4.ชื่อตัวชี้วัด	K207 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m ² /yr
5.ค่าน้ำหนัก	2
6.คำนิยาม	1.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ในสองข้อต่อไปนี้ 1.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate : GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ 1.2 ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติ 2.eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไต ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) จะเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เท่านั้น 3.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4หมายถึงผู้ป่วยจากแฟ้มDIAGNOSIS_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<60 >eGFR ≥ 15

7.เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 66										
8.วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในหน่วยบริการ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการทำงานของหลายยุทธการรวมกัน										
9.กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย CKD ระยะ 3-4 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสัณชาติไทย (File PERSON : สัณชาติไทยรหัส 099) และมีผลการตรวจ creatinine หรือผล eGFR≥2 ค่าในช่วงเวลาที่กำหนด										
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ผู้จัดเก็บข้อมูล : NCD/CKD Data Center ของ CUP										
11.แหล่งข้อมูล	HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น										
12.รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัณชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อ่อนหลัง 1 ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5 B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัณชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อ่อนหลัง 1 ปีงบประมาณ หมายเหตุ : 1.การคำนวณ Stage คำนวณเมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFRได้ เปรียบเทียบกับค่า GFR ย่อนหลัง 1 ปีงบประมาณและการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน 2.วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFRอาศัยวิธี simple linear regression ($y = mx+b$) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร $m = \frac{n(\sum xy)-(\sum x)(\sum y)}{n(\sum x^2)-(\sum x)^2} \times 365$ เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = ค่าของ eGFR ณ วันที่ตรวจ										
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
14.ระยะเวลาประเมินผล	เริ่ม 1 ตุลาคม 2567-รอบการนิเทศที่กำหนด										
15.เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>1 คะแนน</td><td>2 คะแนน</td><td>3 คะแนน</td><td>4 คะแนน</td><td>5 คะแนน</td></tr><tr><td>≤35.99%</td><td>36.00-45.99%</td><td>46.00-55.99%</td><td>56.00-65.99%</td><td>≥ 66%</td></tr></table>	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	≤35.99%	36.00-45.99%	46.00-55.99%	56.00-65.99%	≥ 66%
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน							
≤35.99%	36.00-45.99%	46.00-55.99%	56.00-65.99%	≥ 66%							

16.วิธีการประเมินผล	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC		
17.Small Success ปี 2568			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)			
ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
2565	2566	2567	
ร้อยละ 65.11	ร้อยละ 61.22	ร้อยละ 62.94	
19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด			
19.1 ชื่อ-สกุล นางยุภาพร ดีแป้น		ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4322 1125 ต่อ 150		โทรสาร : 0 4322 4037	
โทรศัพท์มือถือ : 080 462 0160		e-mail : smallbody@hotmail.com	
19.2 ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา		ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4322 1125 ต่อ 150		โทรสาร : 0 4322 4037	
โทรศัพท์มือถือ : 081 380 3219		e-mail : sangdern.sopa@gmail.com	
19.3 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร		ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	
กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4322 1125 ต่อ 150		โทรสาร : 0 4322 4037	
โทรศัพท์มือถือ : 087 770 7761		e-mail : -	

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2.เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K208 ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
5.ค่าน้ำหนัก	3
6.คำนิยาม	ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ แบบไม่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - กานวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

6.คำนิยาม (ต่อ)	รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย 1. โรคสตรี: U50 ถึง U52 2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55 3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60 4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72 5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75 6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77 รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1I00 ถึง 1I081) 1I00 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I01 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I02 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I03 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน 1I04 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1I05 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 1I050 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 1I051 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน 1I052 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน 1I053 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน 1I058 การบริการหึงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน 1I06 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการทัพบ้อเกลือที่บ้าน 1I060 การบริการหึงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน 1I07 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 1I070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน 1I071 การให้คำแนะนำ หึงหลังคลอด และการบริหารท่าด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 1I08 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน 1I080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน 1I081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (1I100 ถึง 1I183) 1I100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure) 1I101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น 1I102 การให้บริการสมาธิบำบัด 1I103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)
-----------------	--

6.คำนิยาม (ต่อ)	11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist) 11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology) 11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy) 11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่องแป้ง (Low-Caeb Diet) 11112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics) 11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น 11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy) 11181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น 11182 การให้บริการกัวซา (Guasa) 11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุล ร่างกาย ด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิต เพื่อสุขภาวะที่ดี) การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ผิงเซ็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน 1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78 2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79						
7.เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 22 <table><tr><td>ปีงบประมาณ 2568</td><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td></tr><tr><td>≥22</td><td>≥22</td><td>≥22</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	≥22	≥22	≥22
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570					
≥22	≥22	≥22					
8.วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ และหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัย พระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับการปฐมนูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน) ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)						
9.กลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)						
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนไทยจากข้อมูล 43 แฟ้ม HDC จังหวัดขอนแก่น						

11.แหล่งข้อมูล	ข้อมูล 43 เพิ่ม จาก HDC จังหวัดขอนแก่น		
12.รายการข้อมูล 1	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) อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่งทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79 ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)		
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก $= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ครั้ง)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มาใช้บริการ (ครั้ง)}}$			
14.ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการนิเทศและประเมินผล 2 ครั้ง/ปี		
15.เกณฑ์การให้คะแนน			
16.วิธีการประเมินผล	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 22 - ผลงาน $\geq 22\%$ = 5 - ผลงาน 20 – 21.99% = 4 - ผลงาน 18 – 19.99% = 3 - ผลงาน 16 – 17.99% = 2 - ผลงาน 14 – 15.99% = 1 - ผลงาน $< 14\%$ = 0		
17.Small Success ปี 2568			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	11	-	22

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

อำเภอ	ผลการดำเนินงานรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	2565	2566	2567
เมืองขอนแก่น	18.41	10.30	22.23
บ้านฝาง	18.33	25.95	27.30
พระยืน	29.61	21.66	20.72
หนองเรือ	18.89	11.66	20.42
ชุมแพ	15.95	8.57	17.95
สีชมพู	15.85	5.14	18.52
น้ำพอง	18.89	15.19	21.32
อุบลรัตน์	23.02	8.63	14.27
กระนวน	17.78	13.81	21.00
บ้านไผ่	19.45	17.37	25.71
เปือยน้อย	28.11	12.11	26.69
พล	28.08	19.14	27.58
แวงใหญ่	21.78	17.79	25.92
แวงน้อย	22.01	30.65	18.30
หนองสองห้อง	26.33	21.34	26.24
ภูเวียง	24.44	8.70	18.38
มัญจาคีรี	22.08	12.92	29.34
ชนบท	26.05	12.76	28.45
เขาสวนกวาง	16.44	12.41	35.43
ภูผาม่าน	29.55	9.45	26.60
ซำสูง	17.48	5.97	17.29
โคกโพธิ์ไชย	25.50	11.95	22.27
หนองนาคำ	22.03	9.54	23.64
บ้านแฮด	16.08	12.75	20.69
โนนศิลา	33.24	26.52	23.43
เวียงเก่า	20.86	14.94	18.31
รวม	20.35	21.43	22.09

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางวราภรณ์ ชูคันหอม	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 081 544 4742	e-mail : -
19.2 ชื่อ-สกุล นายพงศกร อินทร์เอี่ยม	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ
กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 099 016 9811	e-mail : -
19.3 ชื่อ-สกุล นายชนกฤต สุระอามาศย์	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 092 445 6195	e-mail : Thanakrit.mook@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม														
2.เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ														
3.ตัวชี้วัดกระทรวง															
4.ชื่อตัวชี้วัด	K209 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น														
5.ค่าน้ำหนัก	2														
6.คำนิยาม	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัย Common Diseases and Symptoms ตาม 10 กลุ่มอาการที่กำหนดในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (cup) Common Diseases and Symptoms หมายถึง กลุ่มอาการ/โรคที่พบบ่อย 10 กลุ่มอาการ ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่มอาการ</th><th>ยาสมุนไพรที่ใช้ (นิยามตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ Dx OA knee (M17.9) Dx Low back pain (M54.9)</td><td>ยาแก้อักเสบียกรวย สหสธารา ไพล ลูกประคบ ยาพริก</td></tr> <tr> <td>2. กลุ่มอาการไข้หวัด ไข เสมหะ โควิด 19 Dx Common cold (J00) Dx COVID19 (U07.2)</td><td>ฟ้าทะลายโจร/สารสกัด ยาประสมมะแว้ง ยาแก้ไอมะขามป้อม ยา ตรีผลา ยาปราบชมพูทวีป</td></tr> <tr> <td>3. กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ Dx Dyspepsia (R10.1,K30)</td><td>ขมิ้นชัน ธาตุอบเชย ชิง</td></tr> <tr> <td>4. กลุ่มอาการท้องผูก/ริดสีดวงทวารหนัก 4.1 Dx Hemorrhoid (K64.0, K64.1, K64.2)</td><td>ยาผสมเพชรสังฆาต ยาเพชรสังฆาต</td></tr> <tr> <td>4.2 Dx Constipation (K59.0)</td><td>มะขามแขก</td></tr> <tr> <td>5. กลุ่มอาการวิงเวียน/คลื่นไส้ อาเจียน Dx Dizziness (R42)</td><td>ยาขิง ยาหอมนวโกฐ ยาหอมอินทจักร์</td></tr> </tbody> </table>	กลุ่มอาการ	ยาสมุนไพรที่ใช้ (นิยามตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)	1. กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ Dx OA knee (M17.9) Dx Low back pain (M54.9)	ยาแก้อักเสบียกรวย สหสธารา ไพล ลูกประคบ ยาพริก	2. กลุ่มอาการไข้หวัด ไข เสมหะ โควิด 19 Dx Common cold (J00) Dx COVID19 (U07.2)	ฟ้าทะลายโจร/สารสกัด ยาประสมมะแว้ง ยาแก้ไอมะขามป้อม ยา ตรีผลา ยาปราบชมพูทวีป	3. กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ Dx Dyspepsia (R10.1,K30)	ขมิ้นชัน ธาตุอบเชย ชิง	4. กลุ่มอาการท้องผูก/ริดสีดวงทวารหนัก 4.1 Dx Hemorrhoid (K64.0, K64.1, K64.2)	ยาผสมเพชรสังฆาต ยาเพชรสังฆาต	4.2 Dx Constipation (K59.0)	มะขามแขก	5. กลุ่มอาการวิงเวียน/คลื่นไส้ อาเจียน Dx Dizziness (R42)	ยาขิง ยาหอมนวโกฐ ยาหอมอินทจักร์
กลุ่มอาการ	ยาสมุนไพรที่ใช้ (นิยามตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)														
1. กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ Dx OA knee (M17.9) Dx Low back pain (M54.9)	ยาแก้อักเสบียกรวย สหสธารา ไพล ลูกประคบ ยาพริก														
2. กลุ่มอาการไข้หวัด ไข เสมหะ โควิด 19 Dx Common cold (J00) Dx COVID19 (U07.2)	ฟ้าทะลายโจร/สารสกัด ยาประสมมะแว้ง ยาแก้ไอมะขามป้อม ยา ตรีผลา ยาปราบชมพูทวีป														
3. กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ Dx Dyspepsia (R10.1,K30)	ขมิ้นชัน ธาตุอบเชย ชิง														
4. กลุ่มอาการท้องผูก/ริดสีดวงทวารหนัก 4.1 Dx Hemorrhoid (K64.0, K64.1, K64.2)	ยาผสมเพชรสังฆาต ยาเพชรสังฆาต														
4.2 Dx Constipation (K59.0)	มะขามแขก														
5. กลุ่มอาการวิงเวียน/คลื่นไส้ อาเจียน Dx Dizziness (R42)	ยาขิง ยาหอมนวโกฐ ยาหอมอินทจักร์														

6.คำนิยาม (ต่อ)	กลุ่มอาการ ยาสมุนไพรที่ใช้ (นิยามตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)
	6. กลุ่มอาการชาจากอัมพฤกษ์-อัมพาต Dx Hemiplegia (G81) ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น ยาทำลายพระสุเมรุ
	7. กลุ่มอาการทางผิวหนัง/แผล 7.1 Dx Herpes simplex (B00.9) Dx Zoster (B02.9) ยาพญายอ
	7.2 Dx Burn (T20.0, T20.1, T20.2, T21.0, T21.1, T21.2, T22.0, T22.1, T22.2, T23.0, T23.1, T23.2, T24.0, T24.1, T24.2, T25.0, T25.1, T25.2) ยาว่านหางจระเข้
	7.3 Dx Abrasion wound (S10.9, S40.9, S50.9, S60.9, S20.9, S30.9, S70.9, S80.9, S90.9) ยาเปลือกมังคุด
	7.4 Dx Tinea versicolor (B36.0) Dx Tinea (B35.3, B35.4, B35.6) ยาทิงเจอร์ทองพันชั่ง
	8. อาการนอนไม่หลับ Dx Insomnia (F51.0 , G47.0) ยาสุขไสยาสน์ ยาหอมเทพจิตร น้ำมันกัญชา THC 2.0 mg/ml
	9. กลุ่มอาการท้องเสีย Dx Acute diarrhea (A09.9) ฟ้าทะลายโจร ยากล้วย ยาเหลืองปิดสมุทร
	10. กลุ่มอาการเบื่ออาหาร Dx Anorexia (R63.0) ยามะระขึ้นก น้ำมันกัญชา THC 2.0 mg/ml
ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามรายการยาที่กำหนดให้ใช้ตามกลุ่มอาการ/กลุ่มโรคทั่วไป ประเภทผู้ประกอบการวิชาชีพ ในการวินิจฉัยและสั่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งยาเดี่ยว และยาตำรับ ได้แก่ 1) 01 = แพทย์ 2) 011 = แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3) 02 = ทันตแพทย์ 4) 03 = พยาบาลวิชาชีพ 5) 04 = เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 6) 05 = นักวิชาการสาธารณสุข 7) 06 = ทันตภิบาล 8) 07 = อสม.(ผู้ให้บริการในชุมชน) 9) 08 = บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก	

	10) 081 = แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ : (ที่มีใบประกอบวิชาชีพ) 11) 082 = หมอพื้นบ้าน : (ที่มีใบประกอบวิชาชีพฯ หรือได้รับการรับรองตามระเบียบ 12) 083 = แพทย์แผนจีน : (ที่มีใบประกอบวิชาชีพ) 13) 084 = ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย : (ที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์) 14) 085 = บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนจีน แพทย์ทางเลือก (ที่มีวุฒิการศึกษาหรือผ่านการอบรมตามเกณฑ์ แต่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ) 15) 09 = อื่น ๆ 16) 10 = ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) 17) 11 = เกสเซอร์ 18) 12 = บุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 19) 13 = บุคลากรด้านเทคนิคการแพทย์ 20) 14 = ผู้จัดการดูแล						
7.เกณฑ์เป้าหมาย	ผลรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 10 <table><tr><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>ร้อยละ 10</td><td>ร้อยละ 15</td><td>ร้อยละ 20</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70					
ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20					
8.วัตถุประสงค์	1.เพื่อส่งเสริมการใช้และเพิ่มการเข้าถึงยาสมุนไพร 2.เพื่อสร้างการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นที่ยอมรับให้กับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน						
9.กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ						
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนไทยจากข้อมูล 43 แฟ้ม HDC จังหวัดขอนแก่น และข้อมูลจากหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ						
11.แหล่งข้อมูล	1.ข้อมูลจาก HDC ประกอบด้วย 1.1 ข้อมูลแฟ้ม person 1.2 ข้อมูลแฟ้ม provider 1.3 ข้อมูลแฟ้ม service 1.4 ข้อมูลแฟ้ม diagnosis_opd 1.5 ข้อมูลแฟ้ม drug_opd 1.6 ข้อมูลแฟ้ม procedure_opd 2.ข้อมูลจากการเบิกจ่ายของ สปสช./ประกันสังคม/กรมบัญชีกลาง						

12.รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีงบประมาณ 2567
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัย (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีงบประมาณ 2567
รายการข้อมูล 3	C1 = ร้อยละของผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร ในปีงบประมาณ 2567 <u>หารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ปีงบประมาณ 2567 คูณหนึ่งร้อย</u> $(A1/B1) \times 100$
รายการข้อมูล 4	A2 = จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีงบประมาณปัจจุบัน
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัย (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีงบประมาณปัจจุบัน
รายการข้อมูล 6	C2 = ร้อยละของผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร ในปีงบประมาณปัจจุบัน <u>หารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ปีงบประมาณปัจจุบัน คูณหนึ่งร้อย</u> $(A2/B2) \times 100$
รายการข้อมูล 7	ร้อยละของผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(C2-C1)/C1 \times 100$
14.ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการนิเทศและประเมินผล 2 ครั้ง/ปี
15.เกณฑ์การให้คะแนน	-

16.วิธีการประเมินผล	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นมากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 10			
	รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน	
	- ผลงานเพิ่มขึ้น $\geq 5\%$ = 5	- ผลงานเพิ่มขึ้น $\geq 10\%$ = 5	- ผลงานเพิ่มขึ้น 4 - 4.99% = 4	- ผลงานเพิ่มขึ้น 8 - 9.99% = 4
	- ผลงานเพิ่มขึ้น 3 - 3.99% = 3	- ผลงานเพิ่มขึ้น 6 - 7.99% = 3	- ผลงานเพิ่มขึ้น 2 - 2.99% = 2	- ผลงานเพิ่มขึ้น 4 - 5.99% = 2
	- ผลงานเพิ่มขึ้น 1 - 1.99% = 1	- ผลงานเพิ่มขึ้น 2 - 3.99% = 1	- ผลงานเพิ่มขึ้น $< 1\%$ = 0	- ผลงานเพิ่มขึ้น $< 2\%$ = 0
17.Small Success ปี 2568				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
1.มีการประชุม วางแผน การดำเนินงานผ่าน คณะกรรมการ PTC/ PCT/SP 2.มีการสื่อสารนโยบาย และแนวทางการ ดำเนินงานสู่ผู้ปฏิบัติเพื่อ สร้างการรับรู้การใช้ยา สมุนไพรในระบบบริการ สุขภาพ 3.มีแนวทางการดำเนินงาน และการกำหนดรายการ ยาสมุนไพรมุ่งเน้นทดแทน ยาแผนปัจจุบัน ในกลุ่ม โรค/อาการทั่วไป 12 รายการ	1.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย โรค Common Diseases and Symptoms ได้รับ ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5	1.มีการใช้ยาสมุนไพร มุ่งเน้นทดแทนยาแผน ปัจจุบัน ในกลุ่มโรค/ อาการทั่วไป 12 รายการ 2.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย โรค Common Diseases and Symptoms ได้รับ ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8	1.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย โรค Common Diseases and Symptoms ได้รับ ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)				
-				
19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด				
19.1 ชื่อ-สกุล นางวราภรณ์ ชูคันหอม		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น		
โทรศัพท์มือถือ 081 544 4742		e-mail : -		

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด (ต่อ)	
19.2 ชื่อ-สกุล นายพงศกร อินทร์เอี่ยม	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ
กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 099 016 9811	e-mail : -
19.3 ชื่อ-สกุล นายธนภฤต สุระอามาตย์	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 092 445 6195	e-mail : Thanakrit.mook@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2.เป้าประสงค์ที่ 5	ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มี คุณภาพ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	8. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
4.ชื่อตัวชี้วัด	K210 ระดับความสำเร็จการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
5.ค่าน้ำหนัก	3
6.คำนิยาม	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ 1.หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor 2.หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562 คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึง ผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้ (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด

	และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต (4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก (5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจ ในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ (6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย 1.หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการตามคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570 ใน 8 ส่วนประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (คปคม.) 2.หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน การดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม 3.มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน 4.มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป
7.เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ระดับ 5

8.วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 2. เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม 3. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ																																				
9.กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ทุกสังกัด																																				
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบขึ้นทะเบียน 2. การจัดเก็บการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU Standard.moph.go.th) 3. การออกประเมินของคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม.																																				
11.แหล่งข้อมูล	1. ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. ระบบทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU Standard.moph.go.th) 3. คณะกรรมการค.ป.ค.ม.																																				
12.รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สะสม)																																				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์จากระบบทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU Standard.moph.go.th)																																				
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - B																																				
14.ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินการตรวจนิเทศ ไตรมาส 2,3 และ 4																																				
15.เกณฑ์การให้คะแนน	รายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้ <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ข้อ1</th><th>ข้อ2</th><th>ข้อ3</th><th>ข้อ 4</th><th>ข้อ5</th></tr><tr><td>1</td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td></tr></table>	ระดับคะแนน	ข้อ1	ข้อ2	ข้อ3	ข้อ 4	ข้อ5	1	✓					2	✓	✓				3	✓	✓	✓			4	✓	✓	✓	✓		5	✓	✓	✓	✓	✓
ระดับคะแนน	ข้อ1	ข้อ2	ข้อ3	ข้อ 4	ข้อ5																																
1	✓																																				
2	✓	✓																																			
3	✓	✓	✓																																		
4	✓	✓	✓	✓																																	
5	✓	✓	✓	✓	✓																																

	ระดับ	เกณฑ์ประเมิน	คะแนน
	1	1.หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเมินตนเองตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) และมีแผนการพัฒนาตามส่วนขาดที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม	1
	2	2.มี ข้อ 1 และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พร้อมทีมพี่เลี้ยงสหวิชาชีพ ภายในเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนา ตามแผนปฏิบัติงานที่กำหนดฯ	1
	3	3.มีข้อ 1,2 มีการสรุปผลการดำเนินการพัฒนาและมีการบันทึกผลการตรวจประเมินในระบบทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU Standard.moph.go.th) และมีการเชื่อมโยงข้อมูลแพทย์คู่ประชาชน	1
	4	4.มีข้อ 1,2,3 และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ ตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ซึ่งตรวจประเมินโดย ค.ป.ค.ม.	1
	5	5.มีข้อ 1,2,3,4 และมีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ร้อยละ 100	1
16.วิธีการประเมินผล	1.ประเมินจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบขึ้นทะเบียน 2.ประเมินการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU Standard.moph.go.th) 3.จากสรุปผลการออกประเมินของคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม.		

17.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
128 ทีม ร้อยละ 75.74	ร้อยละ	110 ร้อยละ 65.09	126 ร้อยละ 74.56	128 ทีม ร้อยละ 75.74

ผลการดำเนินงาน ปี 2567				
ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย	จำนวนจัดตั้งทั้งหมด	ร้อยละ
1	เมืองขอนแก่น	37	37	100
2	โคกโพธิ์ไชย	2	2	100
3	เปือยน้อย	2	2	100
4	เวียงเก่า	2	2	100
5	บ้านแฮด	7	7	100
6	หนองนาคำ	2	2	100
7	อุบลรัตน์	4	4	100
8	ซำสูง	3	3	100
9	พล	8	8	100
10	CUP รพ.ศรีนครินทร์	3	3	100
11	ชุมแพ	8	7	87.50
12	กระนวน	6	5	83.33
13	น้ำพอง	12	9	75
14	สีชมพู	7	5	71.42
15	พระยืน	3	2	66.67
16	หนองสองห้อง	8	5	62.50
17	ชนบท	5	3	60
18	มัญจาคีรี	7	4	57.14
19	ภูผาม่าน	2	1	50
20	แวงน้อย	4	2	50
21	แวงใหญ่	2	1	50
22	โนนศิลา	2	1	50
23	เขาสวนกวาง	4	2	50
24	หนองเรือ	9	4	44.44
25	บ้านฝาง	5	2	40
26	บ้านไผ่	9	3	33.33
27	ภูเวียง	6	2	33.33
	รวม	169	128	75.74

18.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
18.1 ชื่อ-สกุล นางสาวมัลลิกา สุขไชย	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 122	โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 082 335 7390	e-mail : pcunpcu2022@gmail.com
ผู้กำกับตัวชี้วัด	
18.2 ชื่อ-สกุล นางศิริพร อุทธากิจ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 122	โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 080 357 9010	e-mail : pcunpcu2022@gmail.com
18.3 ชื่อ-สกุล นางศิริมา นามประเสริฐ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 122	โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 081 795 7616	e-mail : -

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
2.เป้าประสงค์ที่ 5	ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	9. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน
4.ชื่อตัวชี้วัด	K211 คะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน
5.ค่าน้ำหนัก	2
6.คำนิยาม	1.ชุมชน/ตำบล หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่พุทธศักราช 2547 2.ตำบลเป้าหมาย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขั้นสูงแห่งชาติดี ซึ่งกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 170 ตำบล 3.ตำบลจัดการสุขภาพ หมายถึง ตำบลที่มีการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ รวมถึงการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ด้วยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่ 4.การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ตามบริบทของชุมชนนั้น ๆ และมีการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกระบวนการ TPAP 1. สร้างทีมแกนนำสุขภาพเครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) 2. มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) 3. ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) 4. มีการประเมินผล (Result) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในตำบลและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อย 1 แห่ง 5.หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่มีการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 7 ขั้นตอน ของกองสุขศึกษา ขั้นตอน 1 สร้างและพัฒนาทีมแกนนำพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 2 มีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านและพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 3 เข้าใจปัญหาและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 4 จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 5 เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 6 ประเมินผลการพัฒนา ขั้นตอน 7 ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน

6.คำนิยาม (ต่อ)	6.โรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ หมายถึง โรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนา โรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ 7 ขั้นตอน ของกองสุขศึกษา ขั้นตอน 1 สร้างทีมงาน เพื่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ ขั้นตอน 2 ศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูล ขั้นตอน 3 ดำเนินการวางแผนและออกแบบการจัดกิจกรรม ขั้นตอน 4 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติ ขั้นตอน 5 จัดสภาพแวดล้อมของโรงเรียนแห่งชาติ ขั้นตอน 6 ประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงาน ขั้นตอน 7 ขยายสู่ครอบครัวและชุมชนเรียนรู้ 7.ระดับการพัฒนา หมายถึง ระดับการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ 3. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน 4. ระดับดีเยี่ยม : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชน มีภาวะสุขภาพที่ดี
7.เกณฑ์เป้าหมาย	1.หมู่บ้าน/โรงเรียน มีการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาหมู่บ้าน/โรงเรียน 7 ขั้นตอน ของกองสุขศึกษา และมีระดับการพัฒนา ระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของหมู่บ้านในตำบลทั้งหมด และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติอย่างน้อย 1 แห่ง (กองสุขศึกษา) 2.จำนวนตำบลจัดการสุขภาพเป้าหมาย มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 100 3.กลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ/โรงเรียนสุขบัญญัติ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 4.อำเภอขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 ของตำบลในพื้นที่ (ตำบลเป้าหมาย/ทุกหมู่บ้าน/≥ 1 ร.ร.)
8.วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ตำบลเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 2. เพื่อส่งเสริมให้ตำบลมีความเข้มแข็งสามารถจัดการสุขภาพของชุมชนได้ 3. เพื่อพัฒนาตำบลโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
9.กลุ่มเป้าหมาย	1. ตำบลในพื้นที่ 26 อำเภอ จำนวน 170 ตำบล (85% ทั้งจังหวัด) 2. กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เป้าหมาย อ่านออกเขียนได้ 3. หน่วยบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รายงานการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ (Health Gate) จากโปรแกรมในเว็บไซต์ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2.รายงานจาก รพ.สต./PCU/สสอ./รพช./รพท.	
11.แหล่งข้อมูล	1) ระบบการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ (Health Gate) 2) ฐานข้อมูลจาก รพ.สต./PCU/รพช./รพท.	
12.รายการข้อมูล	A = จำนวนตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด B = จำนวนตำบลเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด}}{\text{จำนวนตำบลเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568}} \times 100$	
14.ระยะเวลาประเมินผล	3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน	
15.เกณฑ์การให้คะแนน		
ระดับคะแนนความสำเร็จ	รายการข้อมูล	คะแนนที่ได้
ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1	1.อำเภอคัดเลือกตำบลเป้าหมาย เพื่อพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ จำนวน 85% ของตำบลในพื้นที่ 2.ชุมชนมีแผนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ 3.ตำบลเป้าหมายมีทะเบียนหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน/ ≥ 1 โรงเรียน 4.ตำบลมีทะเบียนกลุ่มเป้าหมายในการจัดการสุขภาพ	1
ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 2	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1 และมีผลลัพธ์ - จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ $\geq$ ร้อยละ 50	2
ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 3	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2 และมีผลลัพธ์ ก่อนร่วมกิจกรรม -กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน มีนาคม 2568) $\geq$ ร้อยละ 62	3
ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 4	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2+3 และมีผลลัพธ์หลังร่วมกิจกรรม (ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ) 1.จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ $\geq$ ร้อยละ 60 2.กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนร่วมกิจกรรม (ภายใน เดือน มิถุนายน 2568) $\geq$ ร้อยละ 75	4
ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 5	ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2+3 และมีผลลัพธ์หลังร่วมกิจกรรม ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ 1.จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ $\geq$ ร้อยละ 60 2.กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วมกิจกรรม (ภายใน เดือน มิถุนายน 2568) $\geq$ ร้อยละ 75 3.จำนวนตำบลเป้าหมายผ่านการประเมินการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ (Health Gate) ร้อยละ 100	5

16.วิธีการประเมินผล	1.รายงานการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ (Health Gate) จากโปรแกรมในเว็บไซต์ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2.รายงานจาก รพ.สต./PCU/สสอ./รพช./รพท.		
17. Small Success ปี 2568			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. อำเภอคัดเลือกตำบลเป้าหมาย เพื่อพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพจำนวน 85% ของตำบลในพื้นที่ 2. ตำบลมีแผนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ 3. ตำบลเป้าหมายมีทะเบียนหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน/≥1 โรงเรียน 4. ตำบลมีทะเบียนกลุ่มเป้าหมายในการจัดการสุขภาพ	5.ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำและเครือข่ายในพื้นที่เป้าหมาย 6. ส่งเสริม สนับสนุนให้ตำบลเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพในพื้นที่ 7.จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ≥ร้อยละ 50	8.ตำบลเป้าหมายมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ 9.จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ≥ร้อยละ 60 10.กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วมกิจกรรม (ภายในเดือนมิถุนายน 2568) ≥ร้อยละ75 11.ตำบลเป้าหมายผ่านการประเมินการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ (Health Gate) ร้อยละ ≥90	12.ตำบลเป้าหมายผ่านการประเมินการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ (Health Gate) ร้อยละ 100
18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567) -			
19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด			
19.1 ชื่อ-สกุล นางวรรณกร ตาบ่านตุ๋		ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ	
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์มือถือ 0635835552		e-mail : fnmyi89k@gmail.com	
19.2 ชื่อ-สกุล นางศิริมา นามประเสริฐ		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
โทรศัพท์มือถือ 081 795 7616		e-mail : -	

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม								
2.เป้าประสงค์ที่ 4	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ								
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	23. ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน								
4.ชื่อตัวชี้วัด	K212								
5.ค่าน้ำหนัก	1								
6.คำนิยาม	ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ทั้งหมด ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินของ รพศ. รพท. และ รพช. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึงสถานพยาบาล โดยการส่งการของหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH ED. Triage ณ ห้องฉุกเฉิน หน่วยปฏิบัติการแพทย์ หมายถึง หน่วยปฏิบัติการแพทย์ทุกระดับ ที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินโดยการส่งการของหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ								
7.เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์การประเมินโดยใช้คำนวณการลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 28 ต่อปี <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25</td><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 26</td><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 27</td><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 28</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 26	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 27	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 28
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 26	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 27	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 28						
8.วัตถุประสงค์	ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึงสถานพยาบาล เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการ								
9.กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ทั้งหมด (ER Visit) โดยไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Level 1-สีแดง) จำแนกตามการมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ทั้งหมด (ER Visit) ผ่านแบบรายงานตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนด โดยบันทึกข้อมูลในเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลือก “Data Center” เลือก “@Emergency EMS” ข้อ 2 รายงานผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตโดยระบบ EMS และบันทึกข้อมูลเป็นประจำทุกเดือน ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป								
11.แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการคัดแยกผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข								

12.รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน เฉพาะการมาโดย ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เท่านั้น B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ทั้งหมด (ER Visit) โดยไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)			
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			
14.ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2567 - กันยายน 2568			
15.เกณฑ์การให้คะแนน	เป็นร้อยละค่าเฉลี่ยจึงเท่ากันทุกไตรมาส			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 26	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 27	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 28
	1 คะแนน = < ร้อยละ 19.9			
	2 คะแนน = ร้อยละ 20.0 - 22.9			
	3 คะแนน = ร้อยละ 23.0 - 25.9			
16.วิธีการประเมินผล	4 คะแนน = ร้อยละ 26.0 - 27.9			
	5 คะแนน = ≥ ร้อยละ 28.0			
	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 28			
17. Small Success ปี 2568				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 26	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 27	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 28	
17.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)				
ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				
2565	2566	2567		
NA	NA	ร้อยละ 20.73 (เฉพาะ โรงพยาบาล ระดับ A , S ,M1)		

ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2567

อำเภอ	A = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L1-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน เฉพาะการมาโดย ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เท่านั้น	B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต(L1-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินทั้งหมด (ER Visit) โดยไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)	ร้อยละ
รพ.ขอนแก่น	2,146	10,879	19.73
รพ.บ้านฝาง	NA	NA	NA
รพ.พระยืน	NA	NA	NA
รพ.หนองเรือ	NA	NA	NA
รพ.ชุมแพ	2,313	11,254	20.55
รพ.สีชมพู	NA	NA	NA
รพ.น้ำพอง	NA	NA	NA
รพ.อุบลรัตน์	NA	NA	NA
รพ.บ้านไผ่	NA	NA	NA
รพ.เปือยน้อย	NA	NA	NA
รพ.พล	NA	NA	NA
รพ.แก้งใหญ่	NA	NA	NA
รพ.แก้งน้อย	NA	NA	NA
รพ.หนองสองห้อง	NA	NA	NA
รพ.ภูเวียง	NA	NA	NA
รพ.มัญจาคีรี	NA	NA	NA
รพ.ชนบท	NA	NA	NA
รพ.เขาสวนกวาง	NA	NA	NA
รพ.ภูผาม่าน	NA	NA	NA
รพ.ร.กระนวน	NA	NA	NA
รพ.สิรินธรฯ	907	3,757	24.14
รพ.ข้าสูง	NA	NA	NA
รพ.หนองนาคำ	NA	NA	NA
รพ.เวียงเก่า	NA	NA	NA
รพ.โคกโพธิ์ไชย	NA	NA	NA
รพ.โนนศิลา	NA	NA	NA
รวม	5,366	25,890	20.73

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางสาววิภาวรรณ วิเศษอักษร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
กลุ่มงาน ควบคุมโรงไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 250	โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 061 159 7699	e-mail : eremskhonkaen@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นางรุจิวรรณ ยมศรีเคน แสงลุน	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ควบคุมโรงไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 250	โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 095 658 0111	e-mail : eremskhonkaen@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน ควบคุมโรงไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 250	โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 087 770 7761	e-mail : eremskhonkaen@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 3	พัฒนาบุคลากรให้มี สมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการ ดูแลและจัดการระบบ สุขภาพ
2.เป้าประสงค์ที่ 6	บุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขทุกระดับมีขีด ความสามารถในการพัฒนาบริการ สู่ความเป็นเลิศ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K301 ร้อยละบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อย่างน้อย ๒ เรื่อง
5.ค่าน้ำหนัก	1
6.คำนิยาม	1.บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราวปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 2.สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ทักษะความสามารถ หรือคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลสร้างผลงานโดดเด่นได้ในองค์กรสมรรถนะที่ผู้ปฏิบัติงาน ในทุกตำแหน่งและในทุกระดับในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำเป็นที่จะต้อง มี สมรรถนะที่กำหนดขึ้นเพราะมีความจำเป็นสำหรับภารกิจการทำงานในหน้าที่ และตำแหน่งงานนั้นๆ ประกอบด้วย <u>สมรรถนะภารกิจหลัก</u> 1.สมรรถนะด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ 2.สมรรถนะด้านการดำเนินงานตามกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุข <u>สมรรถนะภารกิจรอง</u> 1.สมรรถนะด้านการทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐท้องถิ่น องค์กรเอกชนและภาคประชาสังคมในพื้นที่ระดับอำเภอ/ตำบล 2.สมรรถนะด้านการประเมินผล การดำเนินงานของเครือข่ายบริการสุขภาพ 3.สมรรถนะด้านการควบคุมมาตรฐานการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ 4.สมรรถนะด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายเร่งด่วนด้านสุขภาพของรัฐบาล กระทรวง เขตสุขภาพ และจังหวัด 5.สมรรถนะด้านการพัฒนาวิชาการแก่บุคลากรสาธารณสุข องค์กรสุขภาพ ภาคประชาชนสนับสนุนวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 6.สมรรถนะด้านสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขให้ได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม 7. สมรรถนะด้านสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ให้ได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

7.เกณฑ์เป้าหมาย	1.บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะหลัก ได้แก่ สมรรถนะด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ และสมรรถนะด้านการดำเนินงานตามกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุข 3.บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะรอง อย่างน้อย 1 ด้าน				
8.วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้มีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนภารกิจของส่วนราชการให้บรรลุผล มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล				
9.กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น				
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- รวบรวมข้อมูลจากเอกสารการเข้ารับการอบรม ได้แก่ แผนการพัฒนารายบุคคล รายกลุ่ม - ใบประกาศนียบัตรใบรับรองการอบรม ในระบบ online และ onsite เครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และเอกสารการปฏิบัติงานการจัดการข้อร้องเรียน ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในพื้นที่การตรวจมาตรฐานการดำเนินงานตามกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุข พร้อมทั้งจัดทำแบบประเมินสมรรถนะบุคลากร สสอ. เพื่อประเมินสมรรถนะรายบุคคล และ ลงข้อมูลในระบบโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ฝึกอบรม และฝึกอบรม				
11.แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
12.รายการข้อมูล	A = บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ B = จำนวนสมรรถนะที่ได้รับการอบรม (หลักและรอง)				
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
14.ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 3				
15.เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์</th><th>คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.มีแผนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้รับการอบรมพัฒนา สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ร้อยละ 60 ของบุคลากรทั้งหมด</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>	เกณฑ์	คะแนน	1.มีแผนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้รับการอบรมพัฒนา สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ร้อยละ 60 ของบุคลากรทั้งหมด	1
เกณฑ์	คะแนน				
1.มีแผนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้รับการอบรมพัฒนา สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ร้อยละ 60 ของบุคลากรทั้งหมด	1				

15.เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อ)	เกณฑ์	คะแนน
	2.มีแผนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้รับการอบรมพัฒนา สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ร้อยละ 70 ของบุคลากรทั้งหมด	2
	3.มีแผนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้รับการอบรมพัฒนา สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ร้อยละ 80 ของบุคลากรทั้งหมด	3
	4.มีแผนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้รับการอบรมพัฒนา สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ร้อยละ 90 ของบุคลากรทั้งหมด	4
	5.มีแผนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้รับการอบรมพัฒนา สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ร้อยละ 100 ของบุคลากรทั้งหมด	5
16.วิธีการประเมินผล	ประเมินผลจาก 1.แผนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2.บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลัก และสมรรถนะรองเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 3.บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนำสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมอบรมไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ ด้านการดำเนินงานตามกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุข	

17.Small Success ปี 2568

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.จัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และกลุ่ม บุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	1.มีแผนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และกลุ่ม บุคลากร สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอ ครอบคลุม และได้รับการพัฒนาอย่างน้อย 1 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ตามแผนพัฒนาบุคลากร ครอบคลุม	1.บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้รับ การอบรมพัฒนา สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ตาม แผนพัฒนาบุคลากร ครอบคลุม	1.สรุปผลการพัฒนาการรายบุคคล (Individual Development Plan) และกลุ่ม ได้รับการอบรมพัฒนา สมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 2 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite ครอบคลุม

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
69.23	ร้อยละ	-	-	69.23

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

19.1 ชื่อ-สกุล นางมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน บริหารทรัพยากรบุคคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 0 4322 1125 ต่อ 113	e-mail : m.phuhongtong@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นายวีระพงษ์ กิตติศิริวัฒนกุล	ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
กลุ่มงาน บริหารทรัพยากรบุคคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 0 4322 1125 ต่อ 113	e-mail : hrd.khonkaen@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 4	การพัฒนาศักยภาพสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล
2.เป้าประสงค์ที่ 7	มีเทคโนโลยีนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพและบริหารจัดการ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K401 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป
5.ค่าน้ำหนัก	3
6.คำนิยาม	โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทอง หมายถึง รพ.ที่มีการพัฒนาองค์ประกอบหลักด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 4 ด้าน คือ มีโครงสร้างพื้นฐานอุปกรณ์ตามเกณฑ์ มีโปรแกรมสนับสนุนการให้บริการ มีการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นลดแออัดลดรอคอย และมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ นำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการงานโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยในปีงบประมาณ 2568 มุ่งเน้นการประเมินผลตามยุทธศาสตร์ เกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ระดับทอง
7.เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ 800 คะแนน
8.วัตถุประสงค์	1.เพื่อยกระดับการบริการของโรงพยาบาลโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและความปลอดภัย 2.เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองความต้องการของประชาชนและความจำเป็นด้านสุขภาพได้ 3.เพื่อให้การบริหารจัดการของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ สามารถลดขั้นตอนการทำงาน ลดภาระงานของบุคลากร และลดการใช้ทรัพยากร 4.เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้ก้าวทันเทคโนโลยีในปัจจุบัน
9.กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง (รพศ./รพท./รพช.)
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบรายงานผลงานเป็นรายไตรมาสไปยังระบบรายงานองค์กรดิจิทัล (ออนไลน์) 1.โรงพยาบาลสื่อสารและให้บริการประชาชน ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ รายงานผลทุกไตรมาส ที่ https://ict.kkpho.go.th/org
11.แหล่งข้อมูล	(ออนไลน์) https://ict.kkpho.go.th/org

12.รายการข้อมูล	ในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลอัจฉริยะของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณประจำปี พ.ศ.2568 มีเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น โรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม 300 คะแนน 2. ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม 300 คะแนน 3. ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม 300 คะแนน 4. ด้านบุคลากร คะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยแบ่งระดับโรงพยาบาลอัจฉริยะ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1. ระดับเงิน 700 - 799 คะแนน 2. ระดับทอง 800 - 899 คะแนน 3. ระดับเพชร 900 คะแนนขึ้นไป รายละเอียดดังนี้ 1.โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ผ่านเกณฑ์ระดับทองขึ้นไป 2.HAIT 2.1 หน่วยบริการที่ยื่นเพื่อขอรับรอง HAIT 2.2 หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง HAIT 3.บุคลากรของหน่วยบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อยร้อยละ 50 ของกลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	การให้คะแนนโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ผ่านเกณฑ์ระดับทอง ขึ้นไป ปี 2568 A = โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) จำนวน 4 ด้าน คือ 1. ด้านโครงสร้าง 2. ด้านการบริหารจัดการ 3. ด้านการบริการ 4. ด้านบุคลากร ผ่าน 1 ด้าน = 1 คะแนน ผ่าน 2 ด้าน = 2 คะแนน ผ่าน 3 ด้าน = 3 คะแนน ผ่าน 4 ด้าน = 4 คะแนน ผ่าน 4 ด้าน และคะแนนประเมินเกิน 800 คะแนน = 5 คะแนน B1 = หน่วยบริการที่ยื่นเพื่อขอรับรอง HAIT (รพช.) ไม่ได้ยื่น = 0 คะแนน ยื่น = 5 คะแนน B2 = หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง HAIT (รพศ./รพท.) ไม่ผ่าน = 0 คะแนน ผ่าน = 5 คะแนน

13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ต่อ)	C = บุคลากรของหน่วยบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อยร้อยละ 50 ของกลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล ไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 50 = 0 คะแนน ถึงเกณฑ์ร้อยละ 50 ขึ้นไป = 5 คะแนน
14.ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
15.เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน ตามสูตรที่คำนวณได้ 1.โรงพยาบาลชุมชน (A+B1+C) / 3 2.โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (A+B2+C) / 3
16.วิธีการประเมินผล	การประเมินผล แบบสะสมช่วงเวลา ไตรมาสที่ 1 = 12 สัปดาห์ ไตรมาสที่ 2 = 24 สัปดาห์ ไตรมาสที่ 3 = 36 สัปดาห์ ไตรมาสที่ 4 = 48 สัปดาห์
17.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567) -	
18.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
18.1 ชื่อ-สกุล น.ส.สมจิตร เดชาเสถียร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน สุขภาพดิจิทัล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 098 101 0754	e-mail : nongsomdec@gmail.com
18.2 ชื่อ-สกุล นายกนกศักดิ์ ศักดิ์คำแหง	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
กลุ่มงาน สุขภาพดิจิทัล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ	e-mail :
18.3 ชื่อ-สกุล นายสุทธิศักดิ์ ธรรมพล	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
กลุ่มงาน สุขภาพดิจิทัล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 082 305 7572	e-mail : buboocs@gmail.com
18.4 ชื่อ-สกุล นายธนาวุช จำปาแดง	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
กลุ่มงาน สุขภาพดิจิทัล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 082-313 6009	e-mail : tanawutlove@gmail.com

18.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด (ต่อ)	
18.5 ชื่อ-สกุล นายอนิวัฒน์ พูนมณี	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์
กลุ่มงาน สุขภาพดิจิทัล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 095 186 7287	e-mail : bomb.aniwat@gmail.com
18.6 ชื่อ-สกุล นายพชร เอี่ยมสุดใจ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงาน สุขภาพดิจิทัล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 061 354 0905	e-mail : Phachara_pa@outlook.com
18.7 ชื่อ-สกุล นายณภัทรพล พิมพาเรือ	ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์
กลุ่มงาน สุขภาพดิจิทัล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 090 991 5655	e-mail : naphat.p123465@gmail.com

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 4	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล
2.เป้าประสงค์ที่ 8	หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	28. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน
4.ชื่อตัวชี้วัด	K402 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน
5.ค่าน้ำหนัก	2
6.คำนิยาม	• HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีกระบวนการ 3 ขั้น ดังนี้ - HA ขั้นพัฒนา ขั้นที่ 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ขั้นพัฒนา ขั้นที่ 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ ขั้น 2 - HA ขึ้นมาตรฐาน หมายถึง โรงพยาบาลที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน ขึ้นก้าวหน้า คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองขึ้นก้าวหน้าได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและมีความพร้อมในการพัฒนาที่มีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป • การดำเนินงานด้านความปลอดภัย หมายถึง การออกแบบ จัดการ ควบคุมและการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยจากความเสี่ยงที่ป้องกันได้ สำหรับผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงาน • ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล หมายถึง กระบวนการทำงานงานที่สำคัญของโรงพยาบาล อาทิ การบริหารคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบเวชระเบียน ระบบการจัดการด้านยา การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการทำงานกับชุมชน

6.คำนิยาม (ต่อ)	• การพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) การพัฒนาสถานบริการให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพ โดยการนำ เทคโนโลยี นวัตกรรมที่ทันสมัยมาปรับปรุงการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ สร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน และต่อยอดการพัฒนาสู่ SAP Award ประกอบด้วย 1.สิ่งแวดล้อมดี (Environment): การพัฒนาและปรับปรุงสถานบริการทั้งภายในและภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการที่คำนึงถึงความปลอดภัยได้มาตรฐาน เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและสร้างความสะดวกสบายให้กับผู้รับบริการ 2.ความทันสมัย (Modernization): การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มความสะดวก รวดเร็ว และความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ 3.บริการอย่างมืออาชีพ (Smart Service) : การให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างมืออาชีพ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มุ่งมั่นในการให้บริการ ลดข้อจำกัด เรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการ สร้างความพึงพอใจและความรู้สึกพิเศษให้กับผู้รับบริการ • การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 1.บูรณาการการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน (HA) และการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบาย EMS เกิดผลลัพธ์จากการปรับปรุงกระบวนการให้บริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อ 1) การให้บริการมีคุณภาพ และความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน 2) เพื่อลดข้อจำกัดขั้นตอน ทำให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ 3) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ 2. ประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลในมิติด้านการพัฒนาองค์กร ที่สอดคล้องกับการพัฒนาสถานพยาบาล ตามนโยบาย EMS ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านสิ่งแวดล้อมดี (Environment) ด้านความทันสมัย (Modernization) ด้านบริการอย่างมืออาชีพ (Smart Service) โดยสถานบริการวิเคราะห์ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการ จากแบบประเมินความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จัดส่ง QR code แบบฟอร์มประเมินให้สถานบริการเป็นผู้ดำเนินการสำรวจ พร้อมนำผลการวิเคราะห์ข้อมูล มาปรับปรุงการจัดบริการที่เหมาะสมให้แก่ประชาชน
------------------------	--

6.คำนิยาม (ต่อ)	• โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง โรงพยาบาลขนาดเล็ก 4 แห่ง โดยแบ่งสถานการณ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) โรงพยาบาลที่เตรียมรับการรับรองคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน และเตรียมรับการรับรองซ้ำ (Re-Accreditation) หรือ โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง Re-Accreditation ครั้งต่างๆ แต่ผลการรับรองหมดอายุ (e) และอยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ น้ำพอง, เขาสวนกวาง, สิรินธร จ.ขอนแก่น, สีชมพู, พล, แวงน้อย, บ้านไผ่ 2) โรงพยาบาลที่ดำรงรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขึ้น 3 และดำรงกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ต่อเนื่อง (ผลการรับรองคุณภาพยังไม่หมดอายุการรับรอง) จำนวน 15 แห่ง ดังนี้ แวงใหญ่, เปือยน้อย, หนองสองห้อง, ชุมแพ, ภูผาม่าน, ชำสูง, หนองเรือ, ชนบท, อุบลรัตน์, ภูเวียง, มัญจาคีรี, ขอนแก่น, พระยืน, กระนวน, บ้านฝาง 3) โรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขึ้น 1-2 หมายถึง โรงพยาบาลขนาดเล็ก จำนวน 4 แห่ง คือ โนนศิลา, โคกโพธิ์ไชย, เวียงเก่า, หนองนาคำ																								
7.เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><th rowspan="2">โรงพยาบาล</th><th colspan="4">ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2568</th><th>2569</th><th>2570</th><th>2571</th></tr><tr><td>รพ.ขอนแก่น, รพ.ชุมแพ, รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น (3 แห่ง)</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>โรงพยาบาลชุมชน (19 แห่ง)</td><td>19</td><td>19</td><td>19</td><td>19</td></tr><tr><td>โรงพยาบาลขนาดเล็ก (F3) (4 แห่ง)</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr></table>	โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ				2568	2569	2570	2571	รพ.ขอนแก่น, รพ.ชุมแพ, รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น (3 แห่ง)	3	3	3	3	โรงพยาบาลชุมชน (19 แห่ง)	19	19	19	19	โรงพยาบาลขนาดเล็ก (F3) (4 แห่ง)	4	4	4	4
โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ																								
	2568	2569	2570	2571																					
รพ.ขอนแก่น, รพ.ชุมแพ, รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น (3 แห่ง)	3	3	3	3																					
โรงพยาบาลชุมชน (19 แห่ง)	19	19	19	19																					
โรงพยาบาลขนาดเล็ก (F3) (4 แห่ง)	4	4	4	4																					
8.วัตถุประสงค์	รพศ./รพท./รพช. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบคุณภาพผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) พร้อมดำรงรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ความปลอดภัย มีความสะดวกสบาย และเกิดความพึงพอใจ																								
9.กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล 26 แห่ง																								
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จัดเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) www.ha.or.th 2. รายงานสถานการณ์การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล 3. ระบบรายงานข้อมูลประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น																								

11.แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) www.ha.or.th สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง 2. ข้อมูลสถานการณ์รับรองคุณภาพโรงพยาบาล สสจ.ขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 3. ผลสำรวจการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล										
12.รายการข้อมูล	1. สถานการณ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น 2. รายงานข้อมูลผลการสำรวจประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ที่สถานพยาบาล 3. แผนงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพจาก สรพ.										
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-										
14.ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๓ และ ๔										
15.เกณฑ์การให้คะแนน											
16.วิธีการประเมินผล	แบ่งการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA เป็น 3 กลุ่มโรงพยาบาล ดังนี้ กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลที่เตรียมรับการรับรองคุณภาพ HA จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ น้ำพอง, เขาสวนกวาง, สิรินคร จ.ขอนแก่น, สีชมพู, พล, แวงน้อย, บ้านไผ่ กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลที่ดำรงรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 15 แห่ง ได้แก่ แวงใหญ่, เปือยน้อย, หนองสองห้อง, ชุมแพ, ภูผาม่าน , ข่าสูง, หนองเรือ, ชนบท, อุบลรัตน์, ภูเวียง, มัญจาคีรี, ขอนแก่น, พระยืน, กระนวน, บ้านฝาง <table border="1" data-bbox="570 1283 1451 1688"> <thead> <tr> <th>รายละเอียด</th><th>คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA (3 คะแนน)</td><td></td></tr> <tr> <td>1.1 ส่งแบบประเมินตนเอง (SAR) ไม่ตามกำหนด 6 เดือน ก่อนวันหมดอายุการรับรองจะสิ้นสุด / ไม่อยู่ในกระบวนการคุณภาพ</td><td>0</td></tr> <tr> <td>ส่ง SAR ตามกำหนด ก่อนวันหมดอายุการรับรองจะสิ้นสุด 6 เดือน</td><td>1</td></tr> <tr> <td>1.3 ได้รับการกำหนดวันการเยี่ยมสำรวจ หรือ ได้รับการเยี่ยมสำรวจ ผ่าน หรือ ผ่านแบบมีเงื่อนไข</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	รายละเอียด	คะแนน	1.การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA (3 คะแนน)		1.1 ส่งแบบประเมินตนเอง (SAR) ไม่ตามกำหนด 6 เดือน ก่อนวันหมดอายุการรับรองจะสิ้นสุด / ไม่อยู่ในกระบวนการคุณภาพ	0	ส่ง SAR ตามกำหนด ก่อนวันหมดอายุการรับรองจะสิ้นสุด 6 เดือน	1	1.3 ได้รับการกำหนดวันการเยี่ยมสำรวจ หรือ ได้รับการเยี่ยมสำรวจ ผ่าน หรือ ผ่านแบบมีเงื่อนไข	2
รายละเอียด	คะแนน										
1.การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA (3 คะแนน)											
1.1 ส่งแบบประเมินตนเอง (SAR) ไม่ตามกำหนด 6 เดือน ก่อนวันหมดอายุการรับรองจะสิ้นสุด / ไม่อยู่ในกระบวนการคุณภาพ	0										
ส่ง SAR ตามกำหนด ก่อนวันหมดอายุการรับรองจะสิ้นสุด 6 เดือน	1										
1.3 ได้รับการกำหนดวันการเยี่ยมสำรวจ หรือ ได้รับการเยี่ยมสำรวจ ผ่าน หรือ ผ่านแบบมีเงื่อนไข	2										

16.วิธีการประเมินผล (ต่อ)	รายละเอียด		คะแนน
	2.การพัฒนาระบบความพึงพอใจผู้มารับบริการที่สถานบริการ (2 คะแนน)		
	• ประเมินผลความพึงพอใจ		
	2.1 การเก็บกลุ่มตัวอย่างและผลการประเมิน แบ่งเป็น 2 กรณี		
	1) เก็บกลุ่มตัวอย่างได้ตามเป้าหมายที่กำหนด แต่ ผลการประเมินความพึงพอใจ ≤ 85 หรือ เก็บกลุ่มตัวอย่างได้น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด และผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ 85		0.5
	2) เก็บกลุ่มตัวอย่างได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และ ผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ 85		1
	• การวิเคราะห์และปรับปรุงบริการ		
	2.2 วิเคราะห์ กำหนดแนวทาง /แผนงาน เพื่อปรับปรุง ระบบบริการที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับบริการ		0.5
	2.3 มีการดำเนินงานตามแผน		0.5
	กลุ่มที่ 3 กลุ่มโรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้น 1 - 2 ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดเล็ก (F3) 4 แห่ง ได้แก่ โนนศิลา, โคกโพธิ์ไชย, เวียงเก่า, หนองนาคำ		
	รายละเอียด		คะแนน
	1.การดำเนินงานด้านความปลอดภัย : ในระบบงานสำคัญของ โรงพยาบาล (3 คะแนน)		
	1.1 ระบุปัญหา / ความเสี่ยง และ แสดงอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น		1
	1.2 การวิเคราะห์โอกาสพัฒนา แสดงกิจกรรม/แนวทางการ ปฏิบัติ เพื่อปรับปรุง ป้องกัน หรือ แก้ไขความเสี่ยง		1
	1.3 รายงานผลการดำเนินงาน		1
	2.การพัฒนาระบบความพึงพอใจผู้มารับบริการที่สถานบริการ (2 คะแนน)		
	• ประเมินผลความพึงพอใจ		
	2.1 การเก็บกลุ่มตัวอย่างและผลการประเมิน แบ่งเป็น 2 กรณี		
	1) เก็บกลุ่มตัวอย่างได้ตามเป้าหมายที่กำหนด แต่ ผลการ ประเมินความพึงพอใจ ≤ 85 หรือ เก็บกลุ่มตัวอย่างได้น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด และผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ 85		0.5

16.วิธีการประเมินผล (ต่อ)	รายละเอียด	คะแนน
	2) เก็บกลุ่มตัวอย่างได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ 85	1
	• การวิเคราะห์และปรับปรุงบริการ	
	2.2 วิเคราะห์ กำหนดแนวทาง /แผนงาน เพื่อปรับปรุงระบบบริการที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	0.5
	2.3 มีการดำเนินงานตามแผน	0.5

17. Small Success ปี 2568

โรงพยาบาล	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
รพ.ขอนแก่น, รพ.ชุมแพ, รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น (3 แห่ง)	2	2	3	3
โรงพยาบาลชุมชน (19 แห่ง)	16	17	18	19
โรงพยาบาลขนาดเล็ก (F3) 4 แห่ง	2	3	4	4

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

19.1 ชื่อ-สกุล นางประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 062 6148231	e-mail : -
19.2 ชื่อ-สกุล นางสาวสิรินพร ประชุมแดง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 086 4130167	e-mail : -
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
19.2 ชื่อ-สกุล นางศิริมา นามประเสริฐ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 062 614 8231	e-mail : hakhonkaen63@gmail.com

ข้อมูลสถานการณ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2568 (ณ 22 พ.ย.67)

ลำดับ	รพ.	Acc./Re. Acc. ปี 67	ชั้น	วันสิ้นสุด การรับรองเดิม	วันที่อนุมัติ รับรอง	วันสิ้นสุด การรับรองใหม่	หมายเหตุ
กลุ่ม 1 Acc./Re.- acc.							
1	รพ.น้ำพอง	r3e	ชั้น 3	22 ก.ค.65	23 ก.ค.62	22 ก.ค.65	รอเยี่ยม
2	รพ.เขาสวนกวาง	r2e	ชั้น 3	20 ม.ค.66	21 ม.ค.63	20 ม.ค.66	รอเยี่ยม
3	รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น	r2	ชั้น 3	12 พ.ย.64	13 พ.ย.64	12 พ.ย.67	รอเยี่ยม
4	รพ.สีชมพู	r4	ชั้น 3	13 ธ.ค.64	14 ธ.ค.64	13 ธ.ค.67	รอเยี่ยม
5	รพ.พล	r4	ชั้น 3	14 ม.ค.65	15 ม.ค.65	14 ม.ค.68	
6	รพ.แวงน้อย	r3	ชั้น 3	20 ก.พ.65	21 ก.พ.65	20 ก.พ.68	
7	รพ.บ้านไผ่	r3	ชั้น 3	20 ก.พ.65	21 ก.พ.65	20 ก.พ.68	
กลุ่ม 2 อ้างอิงคุณภาพ							
1	รพ.แวงใหญ่	r4	ชั้น 3	-	25 ก.ค.66	24 ก.ค.69	
2	รพ.เปือยน้อย	r4	ชั้น 3	-	8 ส.ค. 66	7 ส.ค. 69	
3	รพ.หนองสองห้อง	r4	ชั้น 3	22ก.ย.66	23 ก.ย.66	22 ก.ย.69	
4	รพ.ชุมแพ	r4	ชั้น 3	-	26 ก.ย.66	25 ก.ย.69	
5	รพ.ภูผาม่าน	r4	ชั้น 3	-	9 ต.ค.66	9 ต.ค.69	
6	รพ.ข้าสูง	r2	ชั้น 3	-	21 พ.ย.66	20 พ.ย.69	
7	รพ.หนองเรือ	r4	ชั้น 3	23 เม.ย.64	24 เม.ย.67	23 เม.ย.70	
8	รพ.ชนบท	r4	ชั้น 3	11 มิ.ย.64	12 มิ.ย.67	11 มิ.ย.70	
9	รพ.อุบลรัตน์	r5	ชั้น 3/ DHSA	25 พ.ค 64	13 ส.ค.67	12 ส.ค.70	
10	รพ.ภูเวียง	r4	ชั้น 3	23 ก.ค.64	13 ส.ค.67	12 ส.ค.70	
11	รพ.มัญจาคีรี	r4	ชั้น 3	25 มิ.ย.64	10 ก.ย.67	9 ก.ย.70	
12	รพ.ขอนแก่น	r7	AHA	26 ก.พ. 64	20 ก.ค. 67	19 ก.ค.71	
13	รพ.พระยืน	r5	ชั้น 3	26 มี.ค. 64	27 มี.ค. 64	26 มี.ค.70	
14	รพ.กระนวน	r2	3/DHSA	23 ก.ค.64	24 ก.ค.64	23 ก.ค.67	รอผล
15	รพ.บ้านฝาง	r3e	ชั้น 3	26 พ.ย.64	22 ต.ค.67	21 ต.ค.70	
กลุ่ม 3 พัฒนา HA ชั้น 2 (F3)							
1	รพ.หนองนาคำ	ตามเกณฑ์ที่ สสจ.กำหนด					
2	รพ.เวียงเก่า	ตามเกณฑ์ที่ สสจ.กำหนด					
3	รพ.โคกโพธิ์ไชย	ตามเกณฑ์ที่ สสจ.กำหนด					
4	รพ.โนนศิลา	ตามเกณฑ์ที่ สสจ.กำหนด					

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 4	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล
2.เป้าประสงค์ที่ 9	มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K403 โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ
5.ค่าน้ำหนัก	1
6.คำนิยาม	ส่วนที่ 1 ใช้เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติ ในมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC) ที่กำหนดโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป. และกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. ดังนี้ 1. จัดตั้งงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (ตามหนังสือด่วนที่สุด ที่ สธ 0201.032/ว 1707 ลงวันที่ 14 มิ.ย. 2560) 1.1 มีคำสั่ง หรือ มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน Audit Chart เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียน 1.2 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลของหน่วยงาน 2. การบันทึกข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล 2.1 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก (OPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง 2.2 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง 2.3 ผู้รับผิดชอบจัดเก็บรายได้ส่งรายงานค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลางให้กับงานบัญชี 2.4 รายงานสรุปผลการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD) และผู้ป่วยนอก (OPD) สิทธิกรมบัญชีกลาง 3. กระบวนการเร่งรัดติดตามการเรียกเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล 3.1 กำหนดผู้รับผิดชอบด้านการเร่งรัดติดตามหนี้ค้างชำระและผู้รับผิดชอบการรับชำระหนี้ แยกออกจากกัน 3.2 มีการเร่งรัดติดตามการชำระหนี้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

	ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) น้ำหนักเน้นในเรื่องต่อไปนี้ 2.1 ประเมินการดำเนินงานในตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) 1) การบริหารแผนทางการเงิน (Planfin) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5 % - มิติรายได้ - มิติค่าใช้จ่าย 2) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน - ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า & เวชภัณฑ์มีอายุ ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน - ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิน UC ≤ 60 วัน - ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สินชำระราชการ ≤ 60 วัน - การบริหารสินคงคลัง (Inventory Management) ≤ 60 วัน ยกเว้น รพ.พื้นที่เกาะ ≤ 90 วัน 3) การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย - Unit Cost for OP - Unit Cost for IP - LC ค่าแรงบุคลากร - MC ค่ายา - MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ - MC ค่าเวชภัณฑ์มีอายุและวัสดุการแพทย์ 4) คะแนนตรวจสอบงบประมาณเบื้องต้น 5) ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ - อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน มากกว่าหรือเท่ากับ 80 % - Sum of AdjRW เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5 % 2.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน (Operating Indicators) 1) ความสามารถในการทำกำไร - ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) - อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) - ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) มากกว่าหรือเท่ากับ 0 2) การวัดสภาพคล่องทางการเงิน - ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) มากกว่าหรือเท่ากับ 0 - Cash Ratio มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8
7.เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การดำเนินการ ระดับ 5 ขึ้นไป

8.วัตถุประสงค์	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ในจังหวัดขอนแก่น มีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพไม่มีความเสี่ยงด้านการเงิน (ระดับ 4 - 7) ศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ
9.กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 แห่ง
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามรอบประเมินผล CUP 2 ครั้ง/ปี โดยกำกับติดตามข้อมูล ผ่านกระบวนการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด และผลงานตามแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
11.แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลที่รับการตรวจประเมิน กลุ่มงานตรวจสอบภายใน สป. และกลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ สป.สธ.
12.รายการข้อมูล	1. สรุปผลการประเมินมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC) จากหน้าเว็บไซต์กลุ่มงานตรวจสอบภายใน สป. 2. งบทางการเงิน จากงบทดลอง และผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาล 3. รายงานการประชุม และรายงานที่กำหนดให้ส่งจังหวัด
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. คะแนนประเมินมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC) ที่กำหนดโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. เว็บไซต์ https://iad.moph.go.th คะแนนเต็ม 100 คะแนน 2. ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) รายไตรมาส ในเว็บไซต์ http://hfo.cfo.in.th ไตรมาสล่าสุด คะแนนเต็ม 100 คะแนน
14.ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลการดำเนินงานในรอบนิเทศรอบที่ 2/2568 โดยใช้คะแนน EIA ปีงบประมาณ 2568 และผลประเมิน TPS ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2568
15.เกณฑ์การให้คะแนน	องค์ประกอบการประเมินข้อมูล 2 ส่วน (ส่วนที่ 1 = 100 คะแนน ส่วนที่ 2 = 100 คะแนน) ดังนี้ ส่วนที่ 1 ใช้เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติ ในมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC) ที่กำหนดโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป. และกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. โดยคะแนนเต็ม 100 คะแนน ตามการประเมินโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. รายละเอียดตามเอกสารประกอบ 1 ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) คะแนนเต็ม 100 คะแนนโดยให้คะแนนตามผลการประเมิน โดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ รายละเอียดตามเอกสารประกอบ 2 ดังนี้

15.เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อ)	<table><tr><td>เกรด</td><td>เกรด A</td><td>เกรด B</td><td>เกรด C</td><td>เกรด D</td><td>เกรด F</td></tr><tr><td>คะแนนที่ได้</td><td>100</td><td>80</td><td>70</td><td>60</td><td>50</td></tr></table> นำคะแนนที่ได้ทั้ง 2 ส่วน มาบวกกันแล้วหาร 2 เพื่อวัดระดับการดำเนินงาน	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														
16.วิธีการประเมินผล	คะแนนที่ได้แบ่งระดับการดำเนินการเป็น 5 ระดับ ตามคะแนนดังนี้ <table><tr><td>ระดับ 1</td><td>ระดับ 2</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 5</td></tr><tr><td>65 - 69</td><td>70 - 74</td><td>75 - 79</td><td>80 - 84</td><td>85 ขึ้นไป</td></tr></table> เกณฑ์การดำเนินการปี 2568 จำนวนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การดำเนินการ ระดับ 5 ขึ้นไป 23 แห่ง และเป้าหมาย ในปีต่อ ๆ ไป ดังนี้ <table><tr><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td><td>ปีงบประมาณ 70</td></tr><tr><td>22 แห่ง</td><td>23 แห่ง</td><td>24 แห่ง</td><td>26 แห่ง</td></tr></table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 ขึ้นไป	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	22 แห่ง	23 แห่ง	24 แห่ง	26 แห่ง
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5															
65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 ขึ้นไป															
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70																
22 แห่ง	23 แห่ง	24 แห่ง	26 แห่ง																
17.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)																			
จากผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติ ในมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์ การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC) ที่กำหนดโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. (เว็บไซต์ https://iad.moph.go.th) และผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์ การให้ คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) ที่ กองเศรษฐกิจ จสขสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ สป. (เว็บไซต์ https://hfo.moph.go.th) คำนวณผลการดำเนินดังนี้																			
<table><tr><th>Baseline data (ปี 2567 ไตรมาส 3)</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th></th><th>2565</th><th>2566</th><th>2567</th></tr><tr><td>ร้อยละ 84.62 (22 แห่ง)</td><td>จำนวน รพ.</td><td>ร้อยละ 26.92 (7 แห่ง)</td><td>ร้อยละ 53.84 (14 แห่ง)</td><td>ร้อยละ 84.62 (22 แห่ง)</td></tr></table>	Baseline data (ปี 2567 ไตรมาส 3)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				2565	2566	2567	ร้อยละ 84.62 (22 แห่ง)	จำนวน รพ.	ร้อยละ 26.92 (7 แห่ง)	ร้อยละ 53.84 (14 แห่ง)	ร้อยละ 84.62 (22 แห่ง)					
Baseline data (ปี 2567 ไตรมาส 3)	หน่วยวัด		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2565	2566	2567															
ร้อยละ 84.62 (22 แห่ง)	จำนวน รพ.	ร้อยละ 26.92 (7 แห่ง)	ร้อยละ 53.84 (14 แห่ง)	ร้อยละ 84.62 (22 แห่ง)															
วิธีการรายงาน	1. ตามรอบประเมินผล CUP 2 ครั้ง/ปี โดยโรงพยาบาลประเมินตนเองตาม เอกสารประกอบการประเมิน พร้อมส่งให้กลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.ขอนแก่น ก่อนออกประเมินจริง (ตามระยะเวลาที่กลุ่มงาน พนย. กำหนด) 2. ใช้ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติ ในมิติด้าน การจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC) ที่กำหนดโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. และผลการประเมิน ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) ที่ กองเศรษฐกิจ จสขสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คำนวณ และเผยแพร่ เพื่อใช้ควบคุมกำกับการดำเนินงาน																		

วิธีการรายงาน (ต่อ)	3. ประเมินให้คะแนน CUP ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ในรอบที่ 2/2568 หมายเหตุ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลผลการดำเนินงาน ส่วนของการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติ ในมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ใช้ข้อมูลผลประเมิน ปี 2567 ส่วนข้อมูล Total Performance Score ใช้ข้อมูลผลประเมิน ณ ไตรมาส 1/2568 เพื่อประเมินส่วนขาดของโรงพยาบาล รอบที่ 2 ส่วนของการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติ ในมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ใช้ข้อมูลผลประเมิน ปี 2568 ส่วนข้อมูล Total Performance Score ใช้ข้อมูลผลประเมิน ณ ไตรมาส 2/2568 หรือไตรมาส 3/2568
---------------------	--

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานปี 2567 แยกเป็นรายโรงพยาบาล

		[1]	[2]	[3]	[4]=([1]+[3])/2	
รหัส	ชื่อหน่วยบริการ	คะแนนจาก EIA 2567	ผลประเมิน TPS-Q3-67	คะแนนจาก TPS	คิดเป็นคะแนนรวม	ระดับการดำเนินการ
10670	รพ.ขอนแก่น	100.00	B	80.00	90.00	ระดับ 5
10995	รพ.บ้านฝาง	100.00	C	70.00	85.00	ระดับ 5
10996	รพ.พระยืน	94.44	D	60.00	77.22	ระดับ 3
10997	รพ.หนองเรือ	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
10998	รพ.ชุมแพ	100.00	B	80.00	90.00	ระดับ 5
10999	รพ.สีชมพู	100.00	B	80.00	90.00	ระดับ 5
11000	รพ.น้ำพอง	100.00	D	60.00	80.00	ระดับ 4
11001	รพ.อุบลรัตน์	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11002	รพ.บ้านไผ่	100.00	B	80.00	90.00	ระดับ 5
11003	รพ.เปือยน้อย	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11004	รพ.พล	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11005	รพ.แวงใหญ่	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11006	รพ.แวงน้อย	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11007	รพ.หนองสองห้อง	94.44	A	100.00	97.22	ระดับ 5
11008	รพ.ภูเวียง	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11009	รพ.มัญจาคีรี	100.00	C	70.00	85.00	ระดับ 5
11010	รพ.ชนบท	100.00	C	70.00	85.00	ระดับ 5
11011	รพ.เขาสวนกวาง	94.44	C	70.00	82.22	ระดับ 4
11012	รพ.ภูผาม่าน	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
11445	รพ.ร.กระนวน	100.00	D	60.00	80.00	ระดับ 4
12275	รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น	100.00	B	80.00	90.00	ระดับ 5
14132	รพ.ข้าสูง	100.00	B	80.00	90.00	ระดับ 5
77649	รพ.หนองนาคำ	100.00	B	80.00	90.00	ระดับ 5
77650	รพ.เวียงเก่า	100.00	C	70.00	85.00	ระดับ 5
77651	รพ.โคกโพธิ์ไชย	100.00	A	100.00	100.00	ระดับ 5
77652	รพ.โนนศิลา	94.44	B	80.00	87.22	ระดับ 5

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
19.1 ชื่อ-สกุล นางบัวลักษณ์ จันทระ	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
โทรศัพท์ 043-221125 ต่อ 160 161	โทรศัพท์มือถือ 084-2601950
โทรสาร 043-224037	E-mail : bualuk.j@gmail.com
19.2 ชื่อ-สกุล นายชัชวาลย์ มุ่งแสง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ 043-221125 ต่อ 160 161	โทรศัพท์มือถือ 086-6434801
โทรสาร 043-224037	E-mail : chatchawan.m@gmail.com
19.3 ชื่อ-สกุล นางมลิวรรณ มะลิตัน	ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี
โทรศัพท์ 043-221125 ต่อ 153	โทรศัพท์มือถือ 091-0645043
โทรสาร 043-224037	E-mail : maliwan.financial@hotmail.co.th

แบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง (มิติด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล) เอกสารประกอบ 1

ประเด็นประเมิน	หัวข้อประเมิน	ใช้กับ	รายละเอียดประกอบ
1. จัดตั้งงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (ตามหนังสือ ด่วนที่สุด ที่ สธ 0201.032/ว 1707 ลงวันที่ 14 มิ.ย. 2560)	1.1 มีคำสั่ง หรือ มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน Audit Chart เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียน	รพศ., รพท., รพช.,	คำสั่ง หรือ มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
	1.2 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลของหน่วยงาน	รพศ., รพท., รพช.,	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน
2. การบันทึกข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล	2.1 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก (OPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	รพศ., รพท., รพช.,	- เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 10 ราย - รายละเอียดข้อมูลเรียกเก็บที่จัดส่งให้กรมบัญชีกลาง (รายละเอียดข้อ 1 กับข้อ 2 สอดคล้องกัน)
	2.2 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	รพศ., รพท., รพช.,	- เวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 10 ราย - รายละเอียดข้อมูลเรียกเก็บที่จัดส่งให้กรมบัญชีกลาง (รายละเอียดข้อ 1 กับข้อ 2 สอดคล้องกัน)
	2.3 ผู้รับผิดชอบจัดเก็บรายได้ส่งรายงานค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลางให้กับงานบัญชี	รพศ., รพท., รพช.,	เอกสาร หรือ หลักฐานการนำส่ง งานบัญชีที่มีลายมือชื่อผู้รับรองข้อมูลรายได้ค่ารักษาพยาบาลของหน่วยงาน
	2.4 รายงานสรุปผลการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD) และผู้ป่วยนอก (OPD) สิทธิกรมบัญชีกลาง	รพศ., รพท., รพช.,	บันทึกรายงานสรุปผลการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD) และผู้ป่วยนอก (OPD) สิทธิกรมบัญชีกลางประจำเดือนเสนอหัวหน้าหน่วยงาน

ประเด็นประเมิน	หัวข้อประเมิน	ใช้กับ	รายละเอียดประกอบ
3. กระบวนการเร่งรัดติดตามการเรียกเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล	3.1 กำหนดผู้รับผิดชอบด้านการเร่งรัดติดตามหนี้ ค้างชำระและผู้รับผิดชอบการรับชำระหนี้ แยกออกจากกัน	รพศ., รพท., รพช.,	เอกสารมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ
	3.2 มีการเร่งรัดติดตามการชำระหนี้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน	รพศ., รพท., รพช.,	หนังสือเร่งรัดการติดตามการชำระหนี้หน่วยงานภายนอก หรือบุคคลภายนอก หรือกองทุนต่าง ๆ จำนวน 1 ชุด
4. การส่งข้อมูลเข้าระบบ Financial Data Hub (FDH)	4.1 มีการนำไฟล์ข้อมูลการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการเข้าระบบ Financial Data Hub	รพศ., รพท., รพช.,	- ภาพถ่ายหน้าจอแสดงผลการส่งข้อมูลในระบบ Financial Data Hub (FDH) (หน้าจอแสดงรายการข้อมูลแฟ้ม INS บรรทัดแรกและบรรทัดสุดท้าย)

การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง
ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) เอกสารประกอบ 2

เกณฑ์ประสิทธิภาพ	คะแนนเต็ม 15 คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1.ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)		
1.1 การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5% (2 คะแนน)		
1.1.1 มิติรายได้	1.0	ไม่เกินแผนมากกว่า +/-5%
1.1.2 มิติค่าใช้จ่าย	1.0	ไม่เกินแผนมากกว่า +/-5%
1.2 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน (3 คะแนน)		
1.2.1 ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีใช้ยา ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน	1.0	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน (หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 180 วัน กรณีรพ.ที่มี Cash Ratio น้อยกว่า 0.8)
1.2.2 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ≤60 วัน	0.5	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วัน
1.2.3 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ ≤60 วัน	0.5	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วัน
1.2.4 การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) ≤ 60 วัน ยกเว้น รพ.พื้นที่เกาะ ≤ 90 วัน	1.0	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วัน
1.3 การบริหารจัดการ (5 คะแนน)		
1.3.1 การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย (2 คะแนน)		
1.3.1.1 Unit Cost for OP	1.0	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.1.2 Unit Cost for IP	1.0	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.1.3 LC ค่าแรงบุคลากร	0.5	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.1.4 MC ค่ายา	0.5	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.1.5 MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์	0.5	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.1.6 MC ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์	0.5	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.2 คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น(1คะแนน)	1.0	ต้องผ่าน 100 %
1.3.3 ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ (2 คะแนน)		
1.3.3.1 อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน ≥ 80 %	1.0	มากกว่า 80% หรือเพิ่มขึ้น 5%
1.3.3.2 Sum of AdjRW เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5 %	1.0	มากกว่า 80% หรือเพิ่มขึ้น 5%

เกณฑ์ประสิทธิภาพ	คะแนนเต็ม 15 คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน (5 คะแนน)		
2.1 ความสามารถในการทำกำไร (3 คะแนน)		
2.1.1 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	1.0	มากกว่าค่ากลางกลุ่ม รพ.
2.1.2 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	1.0	มากกว่าค่ากลางกลุ่ม รพ.
2.1.3 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ≥ 0	1.0	ผลกำไรเป็นบวก
2.2 การวัดสภาพคล่องทางการเงิน (2 คะแนน)		
2.2.1 ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) ≥ 0	1.0	ทุนสำรองสุทธิเป็นบวก
2.2.2 Cash Ratio ≥ 0.8	1.0	มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8
ผลรวมคะแนนการบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance Score)	15.0	

เกณฑ์ประเมินผลด้านประสิทธิภาพและการแปรผล คะแนน TPS

คะแนน Total Performance Score	Grade	การแปรผล
≥ 12 คะแนน	A	ดีมาก
≥ 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน	B	ดี
≥ 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน	C	พอใช้
≥ 7.5 คะแนน แต่ < 9 คะแนน	D	ต้องปรับปรุง
< 7.5 คะแนน	F	ไม่ผ่าน

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 4	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล
2.เป้าประสงค์ที่ 8	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	
4.ชื่อตัวชี้วัด	K404 จำนวนผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น
5.ค่าน้ำหนัก	2
6.คำนิยาม	1. ผลงานวิจัย/ ผลงาน R2R (Routine to Research) หมายถึง ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์หรือวิธีการที่เชื่อถือได้ ซึ่งต้องเป็นไปตามระเบียบวิธีหรือกฎเกณฑ์ที่ถูกต้อง/ การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด เพื่อให้ได้ความรู้ที่เชื่อถือได้มีเหตุมีผลเป็นไปตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และนำไปใช้อย่างเป็นประโยชน์ในการให้บริการด้านสาธารณสุข แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจังหวัดขอนแก่นได้ 2. นวัตกรรม (Innovative) หมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น ที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน 3. นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น 4. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ) 5. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้วนำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม

6.คำนิยาม (ต่อ)	6. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ 7. ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หมายถึง ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุข ในการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2568 หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในพื้นที่หรือปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น เป็นผลงานที่มีการดำเนินการในช่วง 1 ต.ค. 2567 - 30 ก.ย. 2568 และไม่เป็นผลงานที่เป็น วิทยานิพนธ์ /ไม่เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการเรียนการสอน/การศึกษาต่อ หรือไม่เป็นผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับให้สูงขึ้น (อวช.) 8. ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น เป้าหมายที่สำคัญของ จังหวัดขอนแก่น เพื่อเพิ่มอายุคาดเฉลี่ย LE /HALE และยุทธศาสตร์การยกระดับ หน่วยบริการ SAP/Service Plan/ Health Need ได้แก่ 1. มะเร็งทุกชนิด 2. หลอดเลือดสมอง 3. เบาหวานและความดันโลหิตสูง** 4. วัณโรคปอด 5. ไตวายเรื้อรัง 6. อุบัติเหตุจราจร 6. ความดันโลหิตสูง 8. แม่และเด็ก 9. ปอดบวม 10. โลหิตเป็นพิษ * เลือกตามบริบทปัญหาของพื้นที่
7.เกณฑ์เป้าหมาย	1.เครือข่ายบริการสุขภาพมีผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด สามารถแก้ไข ปัญหาในพื้นที่และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจังหวัดขอนแก่น 2.เครือข่ายบริการสุขภาพมีการนำผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ไปใช้ประโยชน์

8.วัตถุประสงค์	1.เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น โดยงานวิจัย/R2R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด 2.เพื่อเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดขอนแก่น เมื่อแรกเกิด (LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี ตามเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข												
9.กลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น												
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากเครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น												
11.แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น												
12.รายการข้อมูล	ฐานข้อมูลผลงานวิจัย 1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568												
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-												
14.ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 3-4												
15.เกณฑ์การให้คะแนน													
16.วิธีการประเมินผล	ประเมินผลจาก 1.จำนวนวิจัย หรือ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่สามารถแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 20 2.จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดมีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์ <table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์การให้คะแนน ปี 2568 ระดับ (A,S,M)</th><th>คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 5 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง</td><td>1</td></tr> <tr> <td>จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 10 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง</td><td>2</td></tr> <tr> <td>จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 15 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง</td><td>3</td></tr> <tr> <td>จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 20 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 3 เรื่อง</td><td>4</td></tr> <tr> <td>จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 25 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 3 เรื่อง</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	เกณฑ์การให้คะแนน ปี 2568 ระดับ (A,S,M)	คะแนน	จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 5 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง	1	จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 10 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง	2	จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 15 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง	3	จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 20 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 3 เรื่อง	4	จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 25 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 3 เรื่อง	5
เกณฑ์การให้คะแนน ปี 2568 ระดับ (A,S,M)	คะแนน												
จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 5 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง	1												
จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 10 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง	2												
จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 15 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง	3												
จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 20 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 3 เรื่อง	4												
จำนวนผลงาน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 25 และเป็นวิจัยแก้ไขปัญหาด้านในพื้นที่ หรือปัญหาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และมีผลงานนำเสนอในระดับจังหวัด อย่างน้อย 3 เรื่อง	5												

17.Small Success ปี 2568

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนงานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น - วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัด	- จัดทำโครงร่างวิจัยที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ - เสนอพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ - ดำเนินการวิจัย	- สรุปผลการวิจัย - นำผลงานไปใช้ประโยชน์จริงในหน่วยงานหรือชุมชนประชาชน - นำเสนอผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ในเวทีระดับจังหวัด เขตสุขภาพ ประเทศ - เผยแพร่ผลงานวิจัยระดับจังหวัด เขตสุขภาพ ประเทศ	- ผลงานวิจัย R2R และนวัตกรรมที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 20 รวมถึงมีการนำไปใช้ประโยชน์

18.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2565	2566	2567
52	จำนวน	191	283	329

19.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

19.1 ชื่อ-สกุล นางมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน บริหารทรัพยากรบุคคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 085 419 9464	e-mail : -
19.2 ชื่อ-สกุล นายนรินทร์ บัวอิน	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
กลุ่มงาน บริหารทรัพยากรบุคคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 098 198 8247	e-mail : -

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

1.ยุทธศาสตร์ที่ 5	ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย
2.เป้าประสงค์ที่ 3	ระบบคุ้มครองผู้บริโภคและการ จัดการสิ่งแวดล้อมที่มี ประสิทธิภาพ
3.ตัวชี้วัดกระทรวง	35. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต
4.ชื่อตัวชี้วัด	K501 คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและการส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพระดับอำเภอ
5.ค่าน้ำหนัก	3
6.คำนิยาม	1. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและการส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง ผลลัพธ์และผลสัมฤทธิ์ (Out put/Out come) ของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและการรับบริการจากสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้อย่างปลอดภัยและสมเหตุสมผลของประชาชนและชุมชน ด้วยการเชื่อมโยงการเฝ้าระวังทั้งระดับครัวเรือนและชุมชน เพื่อให้ประชาชนและชุมชนมีความรอบรู้ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล และตระหนักถึงปัญหาและประสานความร่วมมือในการร่วมวางแผนงาน/กิจกรรมหรือโครงการที่สามารถจัดการความเสี่ยง แจ้งเตือนภัยและแก้ปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ด้วยประชาชนและเครือข่าย/องค์กรภายในชุมชนได้เองจนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันในรูปแบบต่างๆอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนตามสภาพปัญหาและบริบทในพื้นที่ด้วยกลไกด้านการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอและแนวทาง RDU community และเพื่อ ส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพให้ชุมชนผลิตสินค้า ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสถานประกอบการได้รับการขึ้นทะเบียนและที่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด 2. ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ยาเสพติดที่ใช้ในทางการแพทย์ วัตถุ ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และวัตถุอันตรายที่ใช้ ในบ้านเรือนและทางสาธารณสุข 3. การเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง หมายถึง การดำเนินการตามขั้นตอน/กระบวนการจัดการความเสี่ยงเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ครอบคลุมการตรวจสอบเฝ้าระวังทั้งก่อนและหลังออกสู่ท้องตลาด (Pre-post marketing) รวมถึงการแจ้งเตือนภัย ซึ่งเป็นกระบวนการในการสื่อสารข้อมูลปัญหาหรือความเสี่ยง ที่เกิดจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกิดขึ้นจากทั้งในพื้นที่หรืออาจส่งผลกระทบต่อพื้นที่ไปยังเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง และประชาชนในชุมชนเพื่อเป็นการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ในชุมชน

6.คำนิยาม (ต่อ)	4. การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กร/ เครือข่ายในระดับชุมชน ร่วมดำเนินการหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ การคุ้มครองผู้บริโภคของชุมชน 5.กลไกด้านการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ หมายถึง โครงสร้าง เครื่องมือ กระบวนการที่ใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและการ ส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพระดับอำเภอ เช่น คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง พชอ. เครือข่ายคส.ในชุมชน อสม. อย.น้อย กลไกบวร.ร. เป็นต้น 6.แนวทาง RDU community ศึกษาได้จาก QR code หรือ https://drive.google.com/file/d/1L0KEWILUAn1p5jO_OxbSZY-N35h8APah/view?usp=sharing  7.หมู่บ้านต้นแบบ RDU Community หมายถึง หมู่บ้านที่กำหนดเป็นพื้นที่ เป้าหมายในการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ดำเนินการตามแนวทาง RDU community (5 key activities) มีผลลัพธ์ การดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถเป็นแบบอย่างในระดับอำเภอ ซึ่งชุมชน สามารถถ่ายทอด/แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาชุมชน อื่นได้ 8.ผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานราก หมายถึง ผู้ประกอบการที่ผลิตสินค้า ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3 กลุ่ม ได้แก่ วิสาหกิจชุมชน (พรบ.วิสาหกิจชุมชน) วิสาหกิจ รายย่อย (Micro SMEs, กฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม) 9.SAT/RRT Team หมายถึง ทีมบุคลากรระดับอำเภอที่มีบทบาทในการตระหนัก รู้สถานการณ์ภัยด้านสุขภาพ และปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็วเพื่อจัดการความเสี่ยง ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 10.ร้านชำคุณภาพ หมายถึง ร้านค้า/ร้านชำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้านชำ/ร้านชำ ที่จังหวัดขอนแก่นกำหนด 11.RDU literacy ความรอบรู้ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล
7.เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมาย ปี 2568 (ตัวชี้วัด 8 รายการ) A. บูรณาการการขับเคลื่อนคส. ด้วย RDU Community : 1) พัฒนาชุมชนต้นแบบ RDU Community ≥ 2 หมู่บ้าน/อำเภอ (5 activities) 2) มีการส่งเสริมและประเมิน RDU literacy ของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด

7.เกณฑ์เป้าหมาย (ต่อ)	B. กระจายอำนาจด้านคส.ในชุมชน 3) ภาควิชาเครือข่าย SAT/RRT team จัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ และได้รับการอบรมฟื้นฟูทักษะการปฏิบัติงานตามที่กำหนด 4) มีศูนย์รับแจ้งเรื่องร้องเรียนและจัดการแก้ไขปัญหา/เรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ (สสอ.) และรายงานผลการดำเนินงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนด C. มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากในชุมชน (ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน) 5) มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานราก (ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน) อย่างน้อยอำเภอละ 1 ผลิตภัณฑ์ D. ผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการสุขภาพในชุมชนมีความปลอดภัย 6) จำนวนสถานประกอบการได้มาตรฐาน $\geq 93\%$ (ร้านยา/สถานที่ผลิตอาหาร) 7) จำนวนร้านค้าร้านชำปลอดภัยมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 80\%$ 8) จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 93\%$
8.วัตถุประสงค์	1.พัฒนาระบบคส.ด้วยกลไก RDU community 2.ส่งเสริมและเพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจฐานรากในชุมชน (วิสาหกิจ/ผู้ประกอบการ) 3.ส่งเสริมเครือข่ายชุมชน/ท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานคส. 4.SAT/RRT Team ได้รับการฝึกฝนฟื้นฟูความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน 5.เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา สถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอ 6.มีพื้นที่ต้นแบบ RDU community ในชุมชน 7.เจ้าหน้าที่ ประชาชน และเครือข่ายคส.มีความรอบรู้ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล
9.กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอ มีดังนี้ 1.ชุมชนต้นแบบ RDU community (≥ 2 หมู่บ้าน/อำเภอ) 2.สสอ./เจ้าหน้าที่รพ.สต./เครือข่าย คส.และอสม. 3.ผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากอย่างน้อย 1 แห่ง/อำเภอ 4.SAT/RRT Team ระดับอำเภอ 5.ร้านขายยา (ขย.1-ขย.4) 6.ร้านค้า/ร้านชำ 7.สถานประกอบการสุขภาพที่<u>ต้องต่ออายุ</u>/เฝ้าระวัง ได้แก่ สถานที่ผลิตอาหาร เครื่องสำอาง สมุนไพร /ร้านขายยา (ขย.1-4) 8.ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่สสจ.และอำเภอกำหนด
10.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รายงานประจำเดือน 2.การประชุมกำกับติดตาม

11.แหล่งข้อมูล	1.ฐานข้อมูลผู้ประกอบการระดับอำเภอ/จังหวัด 2.โรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.
12.รายการข้อมูล	1.รายชื่อชุมชนต้นแบบ RDU Community ≥ 2 หมู่บ้าน/อำเภอ 2.คะแนน RDU literacy baseline และคะแนนประเมิน ของ กลุ่มเป้าหมาย 3.คำสั่งคณะกรรมการ SAT/RRT team 4.รายชื่อผู้ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมจนได้รับอนุญาตภายในปีงบประมาณ 2568 (เศรษฐกิจฐานราก) 5.รายชื่อสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายผ่านมาตรฐาน 6.จำนวนร้านค้าร้านชำปลอดภัยมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ 7.จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ 8.สสอ.ที่เป็นศูนย์รับแจ้งเรื่องร้องเรียนและจัดการแก้ไขปัญหา/เรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ (สสอ.) 9.รายงาน Spot report ตามช่วงเวลาที่กำหนด
13.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
14.ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ดังนี้ รอบที่ 1 ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 - แผนงาน (กิจกรรม/พื้นที่เป้าหมาย/กลุ่มเป้าหมาย) และการดำเนินงาน - แบบรายงานการดำเนินงานและผลลัพธ์ ครั้งที่ 1 รอบที่ 2 ช่วงเดือนมิถุนายน 2568 - แบบรายงานการดำเนินงานและผลลัพธ์ ครั้งที่ 2
15.เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้ ผ่านตัวชี้วัดอย่างน้อย 4 รายการ = 1 คะแนน ผ่านตัวชี้วัดอย่างน้อย 5 รายการ = 2 คะแนน ผ่านตัวชี้วัดอย่างน้อย 6 รายการ = 3 คะแนน ผ่านตัวชี้วัดอย่างน้อย 7 รายการ = 4 คะแนน ผ่านตัวชี้วัดทั้ง 8 รายการ = 5 คะแนน
16.วิธีการประเมินผล	ประเมินผลตามตัวชี้วัด 8 รายการ
17.ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
17.1 ชื่อ-สกุล นางสาวศศิธร เอื้ออนันต์	ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 081 391 0199	e-mail : sasitorneu@gmail.com
18.1 ชื่อ-สกุล นางสาวอิสริยา พละสินธุ์เดชา	ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ
กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์มือถือ 099 459 9594	e-mail : ipalasindecha@gmail.com

ภาคผนวก

คณะกรรมการจัดทำเอกสาร

ที่ปรึกษา

- | | | | |
|-----|-----------------|------------------|--|
| 1. | นายอภิชัย | ลิมานนท์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| 2. | นายประวีร์ | คำศรีสุข | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) |
| 3. | นายวิโรจน์ | เลิศพงศ์พิพัฒน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
(ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ
(ด้านเวชกรรมป้องกัน) |
| 4. | นายอดุลย์ | บำรุง | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
(ด้านเวชกรรมป้องกัน) |
| 5. | นางวีรวรรณ | รุจิณากุล | หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข |
| 6. | นางสาวสิริพรรณ | พร้อมไพล | หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล |
| 7. | นางรุ่งทอง | วัชรนุกุลเกียรติ | หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ |
| 8. | นางสาลิณี | ไวยอนนท์ | หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ |
| 9. | นายจักรสันต์ | เลยหยุด | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข |
| 10. | นางบัวลักษณ์ | จันทร์ | หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ |
| 11. | นางวรารณ | ชูคันหอม | หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 12. | นางศิริมา | นามประเสริฐ | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ |
| 13. | นางกิตติมา | ก้านจักร | หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ และยาเสพติด |
| 14. | นายสมเพชร | ชมบุญ | หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย |
| 15. | นางศิริธร | ยอดสะอี | หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป |
| 16. | นางสาวสมจิตร | เดชาเสถียร | หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล |
| 17. | นางวรินทร์ทิพย์ | ศรีกงพลี | หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย |
| 18. | นางสาวจงกลณี | บุญอาษา | หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข |

คณะเจ้าหน้าที่จัดทำข้อมูล

คณะเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

บรรณาธิการ

นายจักรสันต์	เลยหยุด	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
--------------	---------	---

ผู้จัดทำเอกสาร

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

ออกแบบปก

นายอานนท์	สีหาลุน	งานนิเทศและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
-----------	---------	---

งานนิเทศและประเมินผล
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 163



**กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น**

108 หมู่ 4 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ : 043 - 221125 โทรสาร : 043 - 224037

CITATION :

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. คู่มือ นิเทศ ติดตามและประเมินผล การดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่าย
บริการสุขภาพ (CUP). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ]. เข้าถึงได้จาก : [HTTPS://WWW.KKPHO.GO.TH/](https://www.kkpho.go.th/)**

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ตามประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง คู่มืออินเทอร์เน็ต ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข
ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วัน/เดือน/ปี : ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ หัวข้อ : คู่มืออินเทอร์เน็ต ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) คู่มืออินเทอร์เน็ต ติดตาม และประเมินผลฯ ได้แก่ ๑) ยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘) ๒) นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๘ ๓) ตัวชี้วัดพิเศษ ติดตาม และประเมินผลฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ Link ภายนอก : - ไม่มี - หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นายสราย มันทาพันธ์) ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ วันที่ ๑๘ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายจักรสันต์ เลยหยุด) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข วันที่ ๑๘ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นางจิรฐิตกาล วิเศษดี) ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ วันที่ ๑๘ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗	