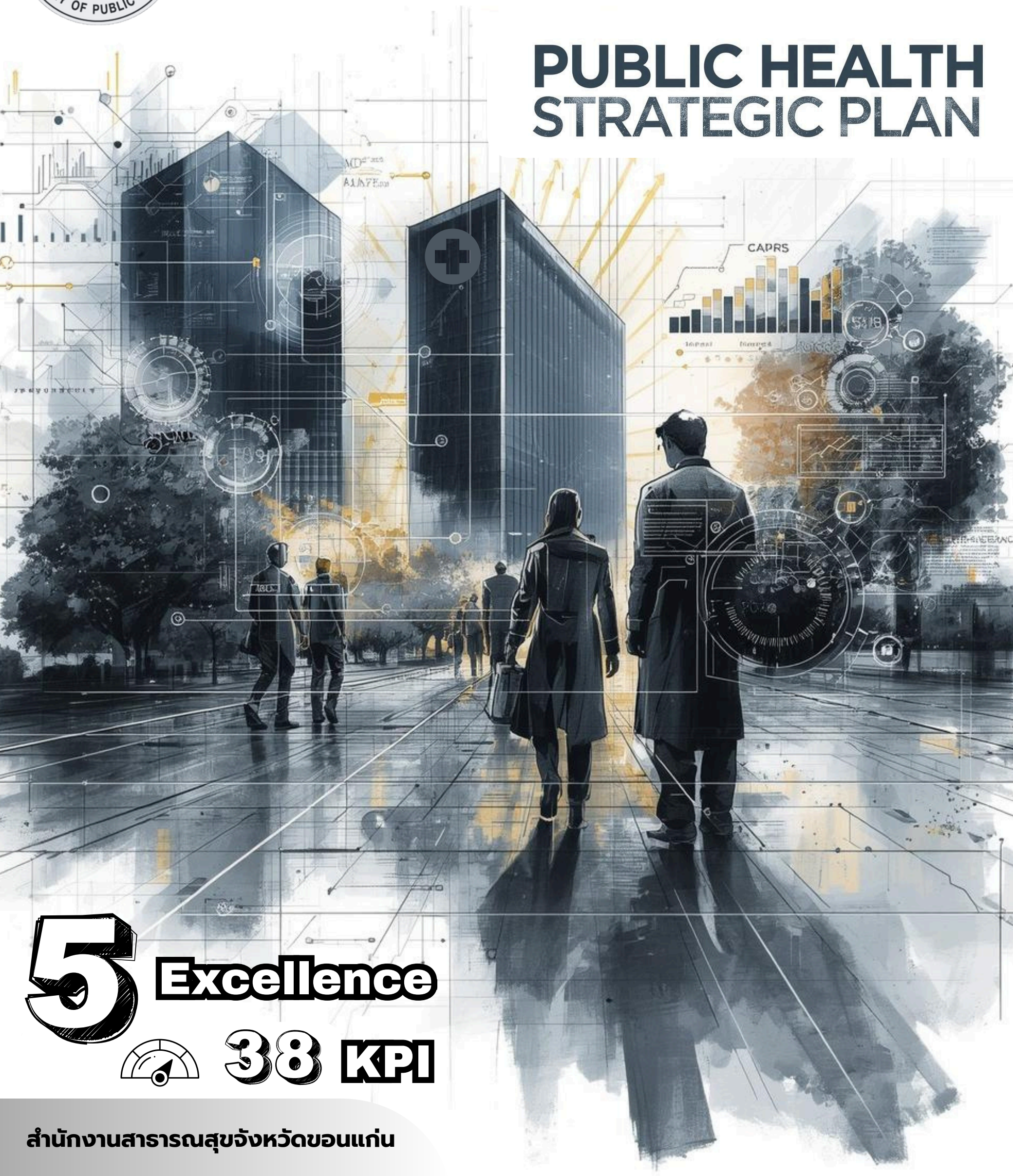
# แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

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




สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

# คำนำ

จังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์กลางการค้า การลงทุน และการคมนาคมขนส่งในภูมิภาค ถือเป็นศูนย์กลางการคมนาคมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นพื้นที่ที่อยู่ในแนวระเบียงเศรษฐกิจ EWEC (East West Economic Corridor) เส้นทางที่อยู่ในแนวระเบียงเศรษฐกิจตะวันตก-ตะวันออกของการคมนาคม เพื่อเชื่อมต่อระหว่างประเทศและหัวเมืองสำคัญ ๆ ในกลุ่มประเทศลุ่มแม่น้ำโขง (Greater Mekong Subregion) โดยจังหวัดขอนแก่นได้รับการยอมรับว่าเป็น “มหานครแห่งอาเซียน” ที่เป็นศูนย์กลางการให้บริการด้านต่างๆ รวมถึงด้านการค้าและการขนส่งระดับอาเซียน เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งด้านบวก และด้านลบ จากสถานการณ์ในปัจจุบันเรากำลังเผชิญกับสิ่งท้าทายหลากหลายด้าน เช่น การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเผชิญกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และการเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศ (Climate change) รวมถึงความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งจังหวัดขอนแก่นมีการถ่ายโอนร้อยละ 100 ในขณะที่ประชาชนมีความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นในฐานะหน่วยงานตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเริ่มจากการทบทวนจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานในอนาคต ภายใต้กลไกการจัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (ปี 2566 – 2570)

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
ธันวาคม 2568

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| **คำนำ** | **ก** |
| **สารบัญ** | **ข** |
| **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2566 - 2570** | 1 |
| วิสัยทัศน์ (Vision) | 1 |
| พันธกิจ (Mission) | 2 |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) | 2 |
| แผนปฏิบัติการ (Action Plan) | 11 |
| รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) | 83 |
| **ภาคผนวก** | |
| ภาพประกอบการประชุม | |
| คำสั่งคณะกรรมการจัดทำแผนฯ | |

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

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

**วิสัยทัศน์ (Vision)**

"เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ระบบบริการได้มาตรฐาน คนขอนแก่นมีสุขภาวะที่ดี"

**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 มีความเข้มแข็ง เชื่อมโยงในทิศทางเดียวกับการพัฒนาประเทศ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการทางสุขภาพของประชาชน ภาคีทุกภาคส่วน และเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ และร่วมพัฒนาระบบการบริการสุขภาพในทุกระดับให้เติบโตอย่างต่อเนื่อง

**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

**คนขอนแก่นมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง**

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

2) ปัญหาสุขภาพของประชาชนในโรคที่ป้องกันได้ด้วยตนเองและพลังชุมชนลดลงอย่างต่อเนื่อง ภัยคุกคามทางสุขภาพได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ และมีมาตรฐานที่ดี เกิดชุมชนต้นแบบความสำเร็จในทุกตำบล และขยายตัวอย่างต่อเนื่อง
3) ค่านิยมทางสุขภาพของประชาชนได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประชาชนเกิดมุมมองชีวิตทางสุขภาพการมีสุขภาพดีเป็นวิถีชีวิตของชุมชน ประชาชน และประสบความสำเร็จในการสร้างชุมชนที่เข้มแข็งทางวัฒนธรรมสุขภาพในระดับประเทศ

**พันธกิจ**

1) สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
3) พัฒนาบุคลลากรให้มีสมรรถนะ มีความสุขในการทำงาน และส่งสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ
4) พัฒนาระบบบริหารจัดการให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล
5) ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย

**ประเด็นยุทธศาสตร์**

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

**ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่ 1** ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

**เป้าประสงค์ที่ 2** ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**เป้าประสงค์ที่ 3** ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ

**ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีนระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ

**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. 2569)**

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัด |
|---|---|---|
| 1.สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน | 1.ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม | 1. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 19-59 ปีมี BMI เกินได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมี BMI ลดลง<br>2. ระดับคะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke, Pneumonia และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด |
| | 2.ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน | 3. จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Plus (พชอ. Plus)<br>4. ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย<br>5. ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน<br>6. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน<br>7. ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care และเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์<br>8. อัตราตายมารดา<br>9. อัตราตายทารกแรกเกิด<br>10. ร้อยละผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง<br>11. ร้อยละสตรีอายุ 30-60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV-DNA Test<br>12. ร้อยละของประชาชนอายุ 50-70 ปี (รายใหม่) กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test<br>13. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy<br>14. อัตราความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด<br>15.1 อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง<br>15.2 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง<br>16. ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) |

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัด |
|---|---|---|
| 1.สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ (ต่อ) | 3.ระบบคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ | 17. จำนวนโรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital Challenges ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน |
| 2.พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม | 4.ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ | 18. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่<br>19. ร้อยละประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง<br>20. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร<br>21. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด (Community-Acquired)<br>22. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่<br>23. ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ภายใน 6 เดือน<br>24. อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง<br>25. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก<br>26. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก<br>27. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้<br>28. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ |
| | 5.ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ | 29. ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562<br>30. ร้อยละของการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ |

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัด |
|---|---|---|
| 3.พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ | 6.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ | 31. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง(Regulator/ กฎหมาย/ พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535/ Hard skill/ Soft skill/ AI)<br>32. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลัก และสมรรถนะรอง |
| 4.การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล | 7.มีเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการสุขภาพและบริหารจัดการ | 33. จำนวนผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น<br>34. จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัลและมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ |
| | 8.หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน | 35. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน<br>36. จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาศักยภาพเป็นองค์กรสมรรถนะสูง Smart สสอ. |
| | 9. มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ | 37. จำนวนโรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ |
| 5.ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงามและแพทย์แผนไทย | 10. ประชาชนและนักท่องเที่ยวได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและบริการ รวมถึงเพิ่มมูลค่าสินค้าและบริการทางสุขภาพ | 38. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพตามเกณฑ์ |

**การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัด กลยุทธ์ และแผนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569**

**<u>ยุทธศาสตร์ที่ 1</u> สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน**

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

**<u>ยุทธศาสตร์ที่ 1</u> สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (ต่อ)**

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

**<u>ยุทธศาสตร์ที่ 2</u> พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึง ระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม**

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

**<u>ยุทธศาสตร์ที่ 2</u> พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึง ระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม (ต่อ)**

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

**<u>ยุทธศาสตร์ที่ 3</u> พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วนใน การดูแลและจัดการระบบสุขภาพ**

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

**<u>ยุทธศาสตร์ที่ 4</u> การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล**

| ลำดับ | ตัวชี้วัด (KPI) | Base line Data | เป้าหมาย | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 2569 | 2570 |
| **เป้าประสงค์ที่ 7 มีเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ** | | | | |
| 33 | ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดนำไปแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น | 448 (เรื่อง) | วิจัย 400 นวัตกรรม 100 | วิจัย 400 นวัตกรรม 100 |
| 34 | จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัลและมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ | 22 แห่ง | 26 แห่ง | 26 แห่ง |
| **เป้าประสงค์ที่ 8 หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน** | | | | |
| 35 | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน | | | |
| | - รพศ./ รพท. | 3 | 3 | 3 |
| | - รพช. | 18 | 19 | 19 |
| | - รพ. ระดับ F3 (ตามเกณฑ์ที่กำหนด) | 4 | 4 | 4 |
| 36 | จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาศักยภาพเป็นองค์กรสมรรถนะสูง Smart สสอ.ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค | 9 | 15 | 26 |
| **เป้าประสงค์ที่ 9 มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้ กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ** | | | | |
| 37 | จำนวนโรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ | 21 แห่ง | 24 แห่ง | 26 แห่ง |

**<u>ยุทธศาสตร์ที่ 5</u> ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย**

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

# แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่** 1 ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

**ตัวชี้วัดที่ 1** ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 19-59 ปี ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีค่า BMI ปกติ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัดและระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 19-59 ปี ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมี BMI ลดลง | 1. คัดกรอง BMI ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 19-59 ปี<br>2. ส่งเสริม/เพิ่มกิจกรรมทางกาย และปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน<br>3. ประเมิน BMI หลังกิจกรรมของกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานและเกิด Health Model อำเภอละอย่างน้อย 1 คนหรือ 1 กลุ่ม | 1. ประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 19-59 ปี<br>2. บุคลากรสาธารณสุขที่มีค่า BMI มากกว่า 23<br>3. บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านกิจกรรม เพิ่มกิจกรรมทางกายและปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการ | 1. ไตรมาส 1<br>2. ไตรมาส 2-3<br>3. ไตรมาส 3-4 | 1. ประชาชน 15-59 ปี ได้รับการประเมิน BMI ผลปกติไม่น้อยกว่าร้อยละ 50<br>2.บุคลากรสาธารณสุขที่ BMI เกินได้รับการจัดกิจกรรมปรับพฤติกรรมการบริโภคและเพิ่มกิจกรรมทางกาย<br>3.บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านกิจกรรมมี BMI ลดลง และมี Health Model ทุกอำเภอ |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่** 1 ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

**ตัวชี้วัดที่ 2** ร้อยละประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรค Stroke Sepsis Pneumonia DM HT

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. พัฒนาศักยภาพคณะทำงาน | 1. ประชุมชี้แจงแนวทางในการดำเนินงาน/Intervention/ระบบข้อมูล (สสจ. ,ปฐมภูมิ/พนย. , NCDs ,พร. ,รพ. , สสอ.)<br>2. พัฒนา Health Coach ระดับอำเภอ PM/สสอ. และ อสม (จนท.ปฐมภูมิ รพ.1,สสอ. 1,อสม.อำเภอละ2) การให้ความรอบรู้/ปรับเปลี่ยน HB และคัดกรองภาวะติดเชื้อ ในกลุ่มเป้าหมาย | 1.ผู้รับผิดชอบงาน 60 คน<br>2. Health Coach ระดับอำเภอ 104 คน | ไตรมาสที่ 1<br>ไตรมาสที่ 2 | 1.อำเภอนำแนวทางการดำเนินงานไปขับเคลื่อนตามบริบทพื้นที่ร้อยละ 100<br>2. อำเภอนำองค์ความรู้ ไปจัดบริการสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม ร้อยละ 100 |
| 2. ติดตามการดำเนินงานและเยี่ยมเสริมพลัง | ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปถอดบทเรียน/เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้คณะทำงานระดับพื้นที่ | คณะทำงานอำเภอละ 3 คน สสจ. 7 คน รวม 85 คน | ไตรมาสที่ 3 | 1. องค์กร/หน่วยบริการได้รับการสนับสนุนและแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน ร้อยละ 100<br>2. มีองค์กร-ชุมชนต้นแบบ และบุคคลต้นแบบ |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพ | 1.จัดทำระบบฐานข้อมูล กลุ่มผู้ป่วยโรค DM HT<br>2. ขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชน<br>2.1 ประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพก่อน-หลังร่วมกิจกรรม<br>2.2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย (Intervention เช่น 3อ.2ส.1ย 3อ.3ส.1น. ฯลฯ)<br>2.3 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย<br>2.4 ติดตามความก้าวหน้าตามTimeline | ผู้ป่วย DM-HT อำเภอละ 2 ตำบล (ทุกหมู่บ้าน) | ไตรมาส 2,3,4 | 1. กลุ่มเป้าหมายมี HL ร้อยละ 80 (สุขศึกษา)<br>2.กลุ่มเป้าหมายมี HL ร้อยละ 92 (สาสุขอุ่นใจ)<br>3. กลุ่มเป้าหมายไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค Stroke Sepsis Pneumonia |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่** 2 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่** 3 จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ+)

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวกับ พชอ. | 1. ทบทวนประเด็น พชอ. จ. ขอนแก่น<br>2. ทบทวน/จัดทำคำสั่ง คณะกรรมการ พชจ. ขอนแก่น<br>3. ประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน พชอ. จังหวัดขอนแก่น ปี 2569 (รูปแบบ Online) | คณะกรรมการ พชจ.<br><br>คณะกรรมการ พชอ. 26 อำเภอ | ไตรมาส 1 | แนวทางการดำเนินงาน พชอ. จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 |
| 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ พชอ. | 1. ประชุมเชิงปฏิบัติการเขียนผลงาน พชอ. เพื่อมุ่งสู่เวทีระดับชาติ (onsite)<br>2. อบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ. ที่สมัครขอรับรางวัล (กรมควบคุมโรค : onsite งบ สคร.7) | คณะกรรมการ พชอ. 26 อำเภอ อำเภอละ 2 คน<br><br>คณะกรรมการ พชอ. 5 อำเภอ อำเภอละ 2 คน | ไตรมาส 1-2<br><br>ไตรมาส 2-3 | ผลงาน พชอ. ที่ส่งสมัครขอรับรางวัล ระดับชาติ+ จำนวน 5 เรื่อง ขึ้นไป |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 3. เพื่อติดตามการดำเนินงาน คณะกรรมการ พชอ. | 1. ประชุมติดตามการดำเนินงาน (ออนไลน์)<br>2. ประชุมติดตามการดำเนินงาน และสรุปผลการดำเนินงาน (onsite บูรณาการร่วมกับมหกรรม ปฐมภูมิจังหวัดขอนแก่น) | คณะกรรมการ พชอ. 26 อำเภอ<br>คณะกรรมการ พชอ. 26 อำเภอ อำเภอละ 2 คน | ไตรมาส 3<br>ไตรมาส 3-4 | 1. ผ่านการประเมิน CL UCCARE 26 อำเภอ<br>2. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Plus (พชอ. Plus) (4 คะแนน) จำนวน 26 อำเภอ |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| เพื่อพัฒนาคุณภาพ พชอ. | 1. ทำทวนคำสั่งคณะกรรมการ พชอ.<br>2. ทบทวน และกำหนดประเด็น พชอ.<br>3. จัดทำแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานรายประเด็น<br>4. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน<br>5. ประเมินตนเองก่อนดำเนินงาน ในระบบ CL UCCARE<br>6. นิเทศ/ติดตามการดำเนินงานรายประเด็น/พชต./พชม.<br>7. สรุปผลการดำเนินงาน<br>8. ประเมินตนเองหลังดำเนินงาน ในระบบ CL UCCARE<br>* (ประชุมอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง) | คณะกรรมการ พชอ.<br>คณะอนุกรรมการ รายประเด็น | ไตรมาส 1<br>ไตรมาส 2-3<br>ไตรมาส 3-4 | 1 คำสั่งคณะกรรมการ พชอ.<br>2. คำสั่งคณะอนุกรรมการ พชอ. รายประเด็น<br>3. แผนการดำเนินงานรายประเด็น One project One plan<br>4. ผลการประเมินตนเองก่อนและหลังดำเนินงาน ในระบบ CL UCCARE<br>5. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Plus (พชอ. Plus) (4 คะแนนขึ้นไป) |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่** 2 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่ 4** ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| เพื่อกำกับติดตาม ขับเคลื่อนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาการ โภชนาการเด็กปฐมวัย และเชิดชูเกียรติที่มีผลงานดีเด่น | 1) ประชุมคณะกรรมพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดขอนแก่น ด้านสุขภาพ 2 ครั้ง/ปี<br>2) เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่<br>3) คัดเลือกพื้นที่ผลงานเด่นระดับจังหวัด และมอบใบประกาศเชิดชูเกียรติ | 1) คณะกรรมการ 50 คน<br>2) 4 อำเภอๆละ 1 หน่วยบริการ<br>3) 26 อำเภอ | ไตรมาส 2, 4<br>ไตรมาส 3<br>ไตรมาส 3 | 1.คณะกรรมการเข้าร่วมประชุมมากกว่าร้อยละ 80<br>2.พื้นที่ดำเนินงานได้ตามค่าเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80<br>3. อำเภอมีผลงานเด่นอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| เพื่อยกระดับการบริการในคลินิก WCC การบริการเชิงรุกในพื้นที่ และพัฒนาการการดำเนินงานยกระดับการขับเคลื่อนเชิงระบบในพื้นที่ตำบลและหน่วยบริการ | 1) ถอดบทเรียน การจัดบริการคลินก WCC ตาม Protocol<br>2) พัฒนาตำบลเป็นตำบลมหัศจรรย์ 2500 วัน เพิ่มเป็นอำเภอละ 3 ตำบลทุกอำเภอ<br>3) ยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ ด้านสุขภาพ (4D) | 1) ผู้รับผิดชอบงาน 26 อำเภอ 60 คน<br>2) 26 อำเภอๆละ 3 ตำบล<br>3) 26 อำเภอ | ไตรมาส 2<br>ไตรมาส 2,3<br>ไตรมาส 2,3 | 1) ดำเนินงานตามProtocol ได้มากกว่าร้อยละ 80<br>2) มีตำบลผ่านเกณฑ์และรับรองเพิ่มขึ้นอำเภอละ 3 ตำบล<br>3) สพด.ผ่านการรับรองตามมาตรฐานร้อยละ 80 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่** 2 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่ 5** ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังและส่งเสริมโภชนาการในเด็กปฐมวัย | ประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินงานป้องกันภาวะทุพโภชนาการและซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย | จำนวน 60 คน | ไตรมาส 2 | ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ ศักยภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน | ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โภชนาการ การดูแลช่องปาก และการป้องกันโรค ด้วยโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น | 26 อำเภอ | ไตรมาส 2,3 | พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 87 EQ ปกติเพิ่มขึ้น ทักษะการเลี้ยงของผู้ปกครองผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น |
| 2.เพื่อสร้างกระแส เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการ และการเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัย | รณรงค์คัดกรองพัฒนาการ ส่งเสริมสุขภาพ และโภชนาการ ประจำปี 2569 | ทุกหน่วยบริการ ทุกสังกัด | ไตรมาส 3,4 | เด็กปฐมวัยและผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 90 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่** 2 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่ 6** ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. ยกระดับคุณภาพการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพในการคัดกรองภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนตามมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (GSHPS) | 1. ประชุมคณะกรรมการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล จังหวัดขอนแก่น | 1.คณะกรรมการประเมิน รร. ส่งเสริมสุขภาพ | ไตรมาส 1 | 1. คณะกรรมการร่วมประชุมมากกว่าร้อยละ 80 |
| | 2. พัฒนาศักยภาพครู ผู้ดูแลเด็ก แกนนำชุมชน งานอนามัยโรงเรียนและอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร กพด. เข้าร่วมพัฒนาสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ GSHPS | 2. รร. 3 แห่ง อ. หนองสองห้อง | ไตรมาส 2 | 2. ร.ร.ผ่านการประเมินมาตรฐานกรมอนามัยร้อยละ 100 |
| | 3. ประชุมขับเคลื่อนงานเด็กไทยสายตาดีจังหวัดขอนแก่น (อ.บ้านไผ่/อ.กระนวน/อ.ภูเวียง/อ.เมืองขอนแก่น) | 3. ผู้รับผิดชอบงานวัยเรียน 4 อำเภอ | ไตรมาส 1 | 3. เด็ก 3-12 ปี ได้รับการคัดกรองและแก้ไขปัญหาสายตามากกว่าร้อยละ 80 |
| | 4. ตรวจเฝ้าระวังการขาดสารไอโอดีนและศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนเด็กในโรงเรียน (รร.เป้าหมาย | 4. รร. 4 แห่ง | ไตรมาส 2 | 4. เด็กวัยเรียน รร.เป้าหมายได้รับการคัดกรอง ไอโอดีนในปัสาวะมากว่าร้อยละ 80 |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 2. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนอย่างมีระบบ เพื่อแก้ไขและลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กให้มีภาวะโภชนาการสมวัย และส่งเสริมการเจริญเติบโตอย่างเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานทางสาธารณสุข | 1. ประชุมการประเมินคัดกรองโภชนาการ ชั่งน้ำ<br>2. หนัก-วัดส่วนสูง ประเมินความเสี่ยงทุพโภชนาการ Obesity sign ส่งต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวินิจฉัย กำกับ ติดตาม และประเมินผล (ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ)<br>3. ประเมินมาตรฐานระบบจัดการอาหาร และโภชนาการในโรงเรียน ประสานงานกับสถานศึกษา เพื่อนำร่อง Healthy Canteen ในสถานศึกษา | 1.ผู้รับผิดชอบงานวัยเรียนทุกอำเภอ/ครูอนามัย<br>2.โรงเรียน 7 แห่ง/ครูและจนท.สธ.ใน | ไตรมาส 1<br><br>ไตรมาส 2 | 1. เด็ก 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูงมากกว่าร้อยละ80<br>2. เด็กมีความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับการคัดกรองตามแนวทางช่วยเหลือ-ส่งต่อมากกว่าร้อยละ 80 /เด็กมีปัญหาทุพโภชนาการได้รับการแก้ไขปัญหามากกว่าร้อยละ 60<br><br>3.ร.ร.ผ่านมาตรฐานระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา 7 แห่ง |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่** 2 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่** 7 ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care และเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัดและระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เข้าถึงตามชุดสิทธิระโยชน์<br>2.เพื่อติดตามประเมินมาตรฐานกองทุน Long Term Care | 1. จัดอบรมหลักสูตร Caregiver 70 ชั่วโมง(กรมอนามัย)<br>2. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบจัดบริการกองทุน Long Term Care<br>3. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ | 1. CM<br>2. CG<br>3. อปท | ไตรมาส 2,3,4 | 1. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล Long Term Care > ร้อยละ 99<br>2. ร้อยละของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล LTC มีค่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้น > ร้อยละ 25 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่** 2 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่ 8** อัตราตายมารดา

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.ยกระดับเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตมารดาและทารก | 1. ประชุมคณะกรรมการ MCH Board<br>2.ประชุมคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อน OPOL<br>3.ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนาระบบติดตามประเมินผลแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและโรคทางนรีเวช<br>4.อบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม<br>5.ประชุมเชิงปฏิบัติการการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กสู่การรับรองมาตรฐาน<br>6.อบรมการใช้แนวทางการเยี่ยมหลังคลอด และความรู้เกี่ยวกับมารดาหลังคลอด ติดตามการดำเนินงาน | 1.คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก<br>2.แพทย์/พยาบาล LR<br>3.รพ. 6 แห่ง<br>4.ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กทุกแห่ง<br>และอสม. | ไตรมาส 1,2,3,4<br><br>ไตรมาส 2<br><br>ไตรมาส 2<br><br>ไตรมาส 2,3,4 | 1.ไม่มีมารดาเสียชีวิต<br>2.รพ.มีการปฏิบัติตามแนวทาง/ CPG สตรีตั้งครรภ์เสี่ยง 5 โรคไม่น้อยกว่าร้อยละ90<br>3.จำนวน รพ.ที่ประเมินมาตรฐานฯ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ100<br>4.ร้อยละการติดตามเยี่ยมหลังคลอดมากกว่าร้อยละ 75 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่** 2 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่ 9** อัตราตายทารกแรกเกิด

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้และสมรรถนะในการดูแลทารกแรกเกิด | 1. ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพมารดาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด<br>2.อบรมเชิงปฏิบัติการ Newborn resuscitation & STEBLE Program | 1.ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก<br>2.แพทย์ /พยาบาล /ผู้ดูแลทารกแรกเกิด | ไตรมาส 2,3,4<br>ไตรมาส 2 | 1.อัตราทารกเสียชีวิตไม่เกิน 2 ต่อพันการเกิดมีชีพ<br>2.อัตราการคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 6 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่ 2** ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่ 10** ร้อยละผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัดและระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านผู้สูงอายุ และการประเมิน ADL ครอบคลุมและการแปลผลถูกต้อง<br>2. พัฒนามาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ และโรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดี<br>3. พัฒนาระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ | 1. จัดอบรมฟื้นฟูทักษะการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านสูงอายุและการประเมิน ADL ให้กับ อสม. Caregiver และ Care manager<br>2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครู ก โรงเรียนผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ หลักสูตร ไม่ลืม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ<br>3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ | 1. อสม. CG CM<br>2.ผู้รับผิดชอบโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ<br>3. ผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ | ไตรมาส 1,2,3 | 1.ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และประเมิน ADL มากกว่าร้อยละ 80<br>2. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล<br>3. ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าร้อยละ 96 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่ 2** ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่ 11** ร้อยละสตรีอายุ 30-60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV-DNA Test

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก<br>2.เพื่อค้นหาผู้ป่วยระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก<br>3.เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะ 1-2 | 1.สร้างเครือข่าย<br>1.1 จัดระบบบริการ ร่วมกับ อบจ.ขอนแก่น เทศบาลนครขอนแก่น หน่วยตรวจ HPV : รพ.ขอนแก่น / รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น / รพ.ชุมแพ / ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น / ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7 ขอนแก่น และ รพ.ศรีนครินทร์<br>1.2 กำหนดเป็น KPI ร่วม สสจ.ขอนแก่น และ อบจ.ขอนแก่น<br>1.3 กำหนดจุดบริการ Self collection everywhere everyday<br>1.4 MOU ระบบข้อมูลสารสนเทศร่วมกับ สปสช.เขต 7 สนง.เขตสุขภาพที่ 7<br>2.จัดทำระบบทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย<br>3.ขอสนับสนุน-จัดสรร งบประมาณ PPA 2569 | สตรีอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ใน 5 ปีที่ผ่านมา | ไตรมาส 1 ≥ 30%<br>ไตรมาส 2 ≥ 35%<br>ไตรมาส 3 ≥ 40%<br>ไตรมาส 4 ≥ 45% | 1.กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง CA Cx. ≥ 45%<br>2.กลุ่มผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อทำการรักษา 100%<br>3.พบผู้ป่วยระยะก่อนเป็น CA Cx.<br>4.พบผู้ป่วยCA Cx. Stage1-2 เพิ่มขึ้น |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| | 4.สนับสนุนงบ PPA 2568 เพื่อจัดกิจกรรมรณรงค์ และจัดบริการเชิงรุก<br>5.กำกับติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือน รายงาน กวป. รายไตรมาส | | | |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อเพิ่มบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<br>2.ค้นหากลุ่มเสี่ยงป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | 1.สร้างเครือข่าย ร่วมกับ รพ.สต. / อปท.<br>2.จัดทำคำสั่งมอบหมายงานผู้รับผิดชอบระดับ CUP / รพ. / รพ.สต. / หมูบ้าน (อสม.)<br>3.จัดทำ Action Plan ขอสนับสนุนงบ CUP /งบ อปท.<br>4.พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการให้คำแนะนำและช่วยตรวจคัดกรอง<br>5.จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย<br>6.ค้นหากลุ่มเป้าหมาย-แจกชุดตรวจ โดย อสม.<br>7.รณรงค์ คัดกรองเชิงรุก<br>8.รายงานผลงาน บันทึกข้อมูลผ่าน HIS หน่วยบริการ ให้เป็นปัจจุบัน | 1.ประชากรอายุ 50-70 ปี ที่ไม่เคยได้รับการคัดกรอง FIT Test ในปีงบ 2569<br>2.คณะทำงาน<br>3.บุคลากรใน รพ. / สสอ. | ไตรมาส 1 ≥ 40%<br>ไตรมาส 2 ≥ 60%<br>ไตรมาส 3 ≥ 80%<br>ไตรมาส 4 ≥ 100% | 1.ร้อยละกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ≥ 80%<br>2.บุคลากรสามารถตรวจคัดกรองได้ถูกวิธี และสามารถสาธิตให้กับ อสม.สามารถดำเนินการร่วมกันได้<br>3.พบกลุ่มผล FIT test Positive 8-15 % ในทุก CUP |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่ 2** ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่ 12** ร้อยละของประชาชนอายุ 50-70 ปี (รายใหม่) กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อเพิ่มบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<br>2.ค้นหากลุ่มเสี่ยงป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | 1.สร้างเครือข่าย ร่วมกับ อบจ.ขอนแก่น เทศบาลนครขอนแก่น<br>2.กำหนดเป็น KPI ร่วม ระหว่าง สสจ.ขอนแก่น และ อบจ.ขอนแก่น<br>3.จัดระบบบริการ (การจัดหาชุดตรวจโดยหน่วยบริการที่จัดบริการและเบิกจ่ายงบประมาณ PPF)<br>4.จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย<br>5.พัฒนาศักยภาพบุคลากร ร่วมกับเครือข่าย ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7 ขอนแก่น<br>6.กำกับติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือน รายงาน กวป. รายไตรมาส | 1.ประชากร<br>อายุ 50-70 ปี<br>ที่ไม่เคยได้รับการคัดกรอง FIT Test<br>ในปีงบ 2569<br>2.คณะทำงาน<br>3.บุคลากรใน รพ. / สสอ. | ไตรมาส 1 ≥ 40%<br>ไตรมาส 2 ≥ 60%<br>ไตรมาส 3 ≥ 80%<br>ไตรมาส 4 ≥ 100% | 1.ร้อยละกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และ<br>ไส้ตรง ≥ 80%<br>2.บุคลากรสามารถตรวจคัดกรองได้ถูกวิธี และสามารถสาธิตให้กับ อสม.สามารถดำเนินการร่วมกันได้<br>3.พบกลุ่มผล FIT test Positive 8-15 % ในทุก CUP |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อเพิ่มบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<br>2.ค้นหากลุ่มเสี่ยงป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | 1.สร้างเครือข่าย ร่วมกับ รพ.สต. / อปท.<br>2.จัดทำคำสั่งมอบหมายงานผู้รับผิดชอบระดับ CUP / รพ. / รพ.สต. / หมูบ้าน (อสม.)<br>3.จัดทำ Action Plan ขอสนับสนุนงบ CUP /งบ อปท.<br>4.พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการให้คำแนะนำและช่วยตรวจคัดกรอง<br>5.จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย<br>6.ค้นหากลุ่มเป้าหมาย-แจกชุดตรวจ โดย อสม.<br>7.รณรงค์ คัดกรองเชิงรุก<br>8.รายงานผลงาน บันทึกข้อมูลผ่าน HIS หน่วยบริการ ให้เป็นปัจจุบัน | 1.ประชากร<br>อายุ 50-70 ปี<br>ที่ไม่เคยได้รับการคัดกรอง FIT Test<br>ในปีงบ 2569<br>2.คณะทำงาน<br>3.บุคลากรใน รพ. / สสอ. | ไตรมาส 1 ≥ 40%<br>ไตรมาส 2 ≥ 60%<br>ไตรมาส 3 ≥ 80%<br>ไตรมาส 4 ≥ 100% | 1.ร้อยละกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ≥ 80%<br>2.บุคลากรสามารถตรวจคัดกรองได้ถูกวิธี และสามารถสาธิตให้กับ อสม.สามารถดำเนินการร่วมกันได้<br>3.พบกลุ่มผล FIT test Positive 8-15 % ในทุก CUP |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่ 2** ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่ 13** ร้อยละกลุ่มเป้าหมาย FIT Test ที่มีผล Positive ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<br>2.เพื่อลดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<br>3.เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะ 1-2 | 1.จัดระบบบริการ เครือข่ายการให้บริการ Colonoscopy<br>2.กำหนดแนวทางการส่งต่อ + ชี้แจงแนวทางการส่ง Colonoscopy<br>3.พัฒนาศักยภาพหน่วย Colonoscopy | 1.คณะทำงาน<br>2.บุคลากรใน รพ.Node Colonoscopy<br>3.บุคลากรใน รพ.ลูกข่าย / รพ.สต. | ไตรมาส 1,2,3,4 | 1.ร้อยละผู้ที่ผล FIT Test Positive ได้รับการ Colonoscopy ≥ 95%<br>2.ค้นพบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง Stage 1-2 อัตราส่วนจาก stage 3-4 เพิ่มขึ้น |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<br>2.เพื่อลดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<br>3.เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะ 1-2 | 1.จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบระดับ CUP / รพ. / สสอ. / รพ.สต. / หมู่บ้าน (อสม.)<br>2.จัดระบบบริการการส่งต่อ ภายใน CUP ร่วมกับเครือข่าย รพ.สต.<br>3.รณรงค์เพิ่มการรับรู้ความสำคัญของการค้นหาความผิดปกติโดยการ Colonoscopy<br>4.สร้างเครือข่าย ร่วมนำส่งกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับบริการColonoscopy ที่ รพ. Node | 1.คณะทำงาน<br>2.บุคลากรใน รพ.Node Colonoscopy<br>3.บุคลากรใน รพ.ลูกข่าย / รพ.สต. | 95%<br>ทุกไตรมาส | 1.ร้อยละผู้ที่ผล FIT Test Positive ได้รับการ Colonoscopy ≥ 95%<br>2.ค้นพบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง Stage 1-2 อัตราส่วนจาก stage 3-4 เพิ่มขึ้น |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่ 2** ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่ 14** อัตราความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| พัฒนาระบบข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้าน | 1.ประชุมพัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงข้อมูลและจัดทำทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดของจังหวัดขอนแก่น ร่วมกับ สคร. 7 และ อบจ.ขอนแก่น<br>2.พัฒนาระบบดูแลรักษาและการส่งต่อข้อมูลวัณโรคระยะแฝงในเด็กกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ร่วมกับ สคร.7<br>3.ประชุมพัฒนาศักยภาพการใช้โปรแกรม NTIP ในการบันทึก และติดตามการดำเนินงานการ คัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัส ใกล้ชิด (สสจ)<br>4.พัฒนาช่องสื่อสารและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับวัณโรคให้กับประชาชน เช่น Line OA | เจ้าหน้าที่ สสจ. อบจ. และสคร.7 | ไตรมาส 1,2,3 | การค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| เพื่อเร่งรัด ค้นหาด้วยการเอกซเรย์ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัส ใกล้ชิด | 1.คัดกรองเชิงรุกในชุมชนด้วยโมบายเอกซเรย์ และเชิงรับในหน่วยบริการระบบ Fast Track<br>2.พัฒนาการนำ AI อ่านฟิล์ม CxR มาใช้ในการคัดกรองวัณโรคเชิงรุก (11 รพ ที่ได้รับสนับสนุนจาก สปสช.) และสนันสนุนการส่ง CxR เข้าโปรแกรม Imaging Hub ในระบบของงานรังสี | ผู้สัมผัสร่วมบ้านและ<br>ผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ป่วยวัณโรค | ไตรมาส 1,2,3 | ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ได้รับการคัดกรอง 100% |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่ 2** ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่** 15 อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่ลดลง และความดันโลหิตสูง รายใหม่ลดลง

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อเพิ่มคุณภาพ และความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง อายุ 35 ปี ขึ้นไป | 1.ตรวจสอบ และแก้ไขคุณภาพของข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย<br>2.อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟูพัฒนาทักษะคุณภาพการวัด BP/DTX ของ อสม.<br>3.ดำเนินการคัดกรอง DM/HT ตามรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย | ทุก รพ. ทุก รพ.สต.<br>อสม.<br>กลุ่มเสี่ยง อายุ 35 ปี ขึ้นไป | 1 | กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90 |
| 2.เพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยงเมื่อปี 2568 กลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2569 | 1.นำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ปีงบประมาณ 2568 มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<br>2.รพ.สต. อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดยศูนย์คนไทยห่างไกล NCD | รพ.<br>สสอ.<br>รพ.สต. | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง > 7%<br>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง > 2.5% |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อเพิ่มคุณภาพ และความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง อายุ 35 ปี ขึ้นไป | 1.ตรวจสอบ และแก้ไขคุณภาพของข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย<br>2.อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟูพัฒนาทักษะคุณภาพการวัด BP/DTX ของ อสม.<br>3.ดำเนินการคัดกรอง DM/HT ตามรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย | ทุก รพ. ทุก รพ.สต.<br>อสม.<br>กลุ่มเสี่ยง อายุ 35 ปี ขึ้นไป | 1 | กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90 |
| 2.เพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยงเมื่อปี 2568 กลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2569 | 1.นำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ปีงบประมาณ 2568 มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<br>2.รพ.สต. อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดยศูนย์คนไทยห่างไกล NCD | ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ปีงบประมาณ 2568 | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง > 7%<br>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง > 2.5% |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่ 2** ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

**ตัวชี้วัดที่ 16** ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อให้เด็ก 0-12 ปี ได้รับบริการส่งเสริมป้องกันรักษาสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพช่องปากดี ฟันดีไม่มีผุ<br>2.เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กปฐมวัยและวัยเรียน | 1.ประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานสุขภาพช่องปากจังหวัดขอนแก่น<br>2.อบรมพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร(การใช้ฟลูออไรด์ การบันทึกข้อมูลการตรวจช่องปากและบริการทันตกรรม)<br>3.ประชุมกำกับติดตามผลการดำเนินงาน<br>4.ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลการดำเนินงาน | 1.หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมและทันตสาธารณสุข ผู้ประสานงานระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการสุขภาพช่องปากภายใต้ กสพ.<br>2.ทันตบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน 26 อำเภอ<br>3.หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมและทันตสาธารณสุข ผู้ประสานงานระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการสุขภาพช่องปากภายใต้ กสพ.<br>4.ทันตบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน 26 อำเภอ | 1.ไตรมาส 1<br>2.ไตรมาส 1, 2<br>3.ไตรมาส 1, 2,3 4<br>4.ไตรมาส 4 | 1.หน่วยบริการและทันตบุคลากรในจังหวัดมีการสื่อสารและร่วมดำเนินงานและกำกับติดตามงานสุขภาพช่องปาก<br>2.เด็ก 0-12 ปี ได้รับบริการสุขภาพช่องปากตามเป้าหมายบริการสำคัญ<br>3.เด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 85 |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| เพื่อให้เด็ก 0-12 ปี ได้รับบริการส่งเสริมป้องกันรักษาสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพช่องปากดี ฟันดีไม่มีผุ | 1.ชี้แจงสื่อสารนโยบายและแนวทางการดำเนินงานสุขภาพช่องปากจังหวัดขอนแก่น เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง<br>2.จัดทำ Action Plan การดำเนินงาน<br>3.จัดบริการส่งเสริมป้องกันรักษาสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมเพื่อให้เด็ก 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ<br>4.รายงานผลการดำเนินงาน บันทึกข้อมูล HIS ของหน่วยบริการให้เป็นปัจจุบัน<br>5.กำกับติดตามผลการดำเนินงาน<br>6.สรุปผลการดำเนินงาน | เด็ก 0-12 ปี ในพื้นที่ 26 อำเภอ | ไตรมาส 1, 2, 3, 4 | 1.หน่วยบริการและทันตบุคลากรในพื้นที่มีการสื่อสารและร่วมดำเนินงานและกำกับติดตามงานสุขภาพช่องปาก<br>2.เด็ก 0-12 ปี ได้รับบริการสุขภาพช่องปากตามเป้าหมายบริการสำคัญ<br>3.เด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 85 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

**เป้าประสงค์ที่ 3** ระบบคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ

**ตัวชี้วัดที่ 17** จำนวนโรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.พัฒนาคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด<br>2.เพื่อยกระดับโรงพยาบาลให้ผ่านการประเมินรับรองระดับท้าทาย<br>3.เพื่อยกระดับโรงพยาบาลด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์<br>4.เพื่อยกระดับโรงพยาบาลด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ | 1.ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น<br>2.ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อม<br>รับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย จัดกลุ่ม รพ.<br>เพื่อขอรับการประเมิน ท้าทาย | คณะกรรมการพัฒนาระบบฯ<br>ผู้รับผิดชอบงาน GCHC งานบริหารงานช่าง IC รพ. สสอ ประธานศูนย์เครือข่าย รพ.สต. และเจ้าหน้าที่กลุ่มงาน อวล. | ไตรมาส 1,2 | คณะกรรมการฯ ขับเคลื่อน ประชุมเพื่อกำกับติดตาม และประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ของแต่ละสถานบริการโรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรอง GCHC ระดับท้าทาย |
| | 3.ศึกษาดูงานด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ณ รพ.ที่ผ่านการประเมินรับรองระดับท้าทาย ในเขตสุขภาพที่ 7<br>4.ศึกษาดูงานด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลง<br>สภาพภูมิอากาศ รพ.จังหาร จ.ร้อยเอ็ด | ผู้รับผิดชอบงาน GCHC รพ. และเจ้าหน้าที่<br>กลุ่มงานอวล. | ไตรมาส 1,2,3 | โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรอง GCHC ระดับท้าทาย<br>รพ.เป้าหมาย<br>1.รพ.น้ำพอง<br>2.รพ.มัญจาคีรี<br>3.รพ.โคกโพธิ์ไชย<br>4.รพ.เปือยน้อย<br>5.รพ.แวงน้อย<br>6.รพ.จิตเวชฯ<br>7.รพ.ธัญญารักษ์ |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ

**ตัวชี้วัดที่ 18** อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา<br>2.เพื่อป้องกันการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค | 1.ประชุม service plan (สสจ)<br>2.ทบทวนแนวทางการดูแลรักษาวัณโรค จังหวัดขอนแก่น (สสจ+CUP)<br>3.ประชุม Dead Case Conference ระดับหน่วยบริการและระดับจังหวัดเพื่อทบทวนแนวทางการรักษา และเชื่อมโยงการบริการ (สสจ+CUP)<br>4..ประชุมพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคระดับอำเภอ ตามนโยบายเขตสุขภาพที่ 7 (สสจ)<br>5..ประเมินคุณภาพหน่วยบริการที่ดูแลรักษาวัณโรค (QTB) (สสจ)<br>6..ประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (สสจ) | ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2569<br>(1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2568) | ไตรมาส 1,3<br>ไตรมาส 2<br>ไตรมาส 3,4<br>ไตรมาส 3<br>ไตรมาส 2<br>ไตรมาส 3 | 1.อัตราความสำเร็จของวัณโรคปอดรายใหม่ = 95%<br>2.อัตราการขาดยาวัณโรค = 0<br>3.อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรค <7 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ

**ตัวชี้วัดที่ 19** ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลง

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| เพื่อขับเคลื่นการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดขอนแก่น | 1. ประชุมเชิงปฏิบัติการการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดขอนแก่น ปี 2569 | ผู้รับผิดชอบงาน OV CCA จาก สสจ. สคร. CASCAP อบจ. รพ. สสอ. | ไตรมาส 2 | มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง |
| | 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพครูผู้สอนเรื่องการจัดการเรียนการสอนจังหวัดขอนแก่น ปี 2569 | ครูผู้สอน | ไตรมาส 3 | นักเรียนมีความรู้ OVCCA |
| | 3. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะจุลทัศนกรในการตรวจหาไข่พยาธิ | ผู้รับผิดชอบงาน OV เจ้าหน้าที่ห้องแลป | ไตรมาส 3 | เจ้าหน้าที่สามารถตรวจหาไข่พยาธิจากอุจจาระและจำแนกชนิดไข่พยาธิได้อย่างถูกต้อง |
| | 4. ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับพื้นที่เสี่ยงสูง ด้วยวิธี Modified Kato-Katz | ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชุกสูง | ไตรมาส 3 | ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรอง และรับยา Praziquantel กรณีติดเชื้อ |
| | 5. ประชุมเชิงปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่นำร่อง ปี 2569 | กลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ | ไตรมาส 3 | ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาและลดการติดเชื้อซ้ำ |
| | 6. ประชุมผู้รับผิดชอบงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี | ผู้รับผิดชอบงาน OV | ไตรมาส 2-4 | แลกเปลี่ยนเรียนรู้และทบทวนแนวทางการดำเนินงาน |

## 2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อทราบขนาดประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการตรวจ คัดกรองในพื้นที่ | 1. Verbal Screening คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง | ประชาชน อายุ15ปี ขึ้นไป | ไตรมาส 1-2 | กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองและรับยากรณีติดเชื้อ |
| 2 ให้ความรู้ และบริการตรวจ คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีให้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ | 2. รณรงค์ให้ความรู้ และบริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี | ประชาชนกลุ่มเสี่ยง | ไตรมาส 2 | กลุ่มเป้าหมายที่มีผลพบเชื้อได้รับการส่งต่ออัลตร้าซาวดน์เพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี |
| 3. เพื่อตรวจหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยง | 3. ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีการตรวจอุจจาระในพื้นที่เสี่ยงสูง | ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชุกสูง | ไตรมาส 2 | ทราบสถานการณ์และแนวโน้มความชุก OV ในพื้นที่ |
| 4. เพื่อนำผู้สงสัย CCA เข้ารับการส่งต่อ CT/MRI | 4. จัดทำทะเบียนและติดตามผู้มีผลสงสัย CCA จากการอัลตร้าซาวนด์ในพื้นที่ให้เข้ารับการ CT/MRI | กลุ่มสงสัย CCA | ไตรมาส 3 | ผู้มีผลสงสัย CCA จากการตรวจอัลตร้าซาวดน์ได้รับการ CT MRI เพื่อยืนยันวินิจฉัย CCA |
| 5. ให้การรักษาครบถ้วนแก่ผู้ติดเชื้อและป้องกันการติดเชื้อซ้ำ | 5. ประชุมเชิงปฏิบัติการปรับเลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และให้ยา Praziquantel รักษาผู้ติดเชื้อ | ผู้ติดเชื้อ OV จากการตรวจคัดกรอง | ไตรมาส 2-3 | ผู้ติดเชื้อได้รับยา Praziquantel 100% และไม่กลับไปติดเชื้อซ้ำ |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 6. เพื่อสร้างความรอบรู้ การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนและโรงเรียน | 6. กิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในสถานศึกษา เช่น กิจกรรมหน้าเสาธง, ค่ายต่างๆ | นักเรียน | ไตรมาส 1-4 | นักเรียนมีความรู้ OVCCA |
| 7. เพื่อขับเคลื่อนมาตรการอาหารปลอดภัย | 7. รณรงค์ขับเคลื่อนการสุขาภิบาลอาหารให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ | ผู้นำชุมชน แกนนำ อสม.ประชาชนทั่วไป | ไตรมาส 1-4 | สถานประกอบการ ร้านค้า ผู้ประกอบอาหารในครัวเรือนมี |
| 8. เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่สำหรับกำหนดแผนดำเนินงานต่อไป | 8. รายงานผลการดำเนินงานตรวจคัดกรอง OV CCA ระดับอำเภอและระดับตำบล | 26 อำเภอ | ไตรมาส 4 | ความรู้การทำอาหารปลอดพยาธิ สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานประจำปีเพื่อวางแผนการดำเนินงานต่อไป |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ

**ตัวชี้วัดที่ 20** อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อสนับสนุนและผลักดันการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต<br>2.เพื่อวางแผน วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และกำกับติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด | 1.ประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิต จังหวัดขอนแก่น<br>2.ประชุมคณะอนุกรรมการService Plan สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด | 1.คณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดขอนแก่น 31 คน<br>2.คณะอนุกรรมการ SP สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด 35 คน | ไตรมาส 2-4<br><br>ไตรมาส 1 - 4 | 1.มีการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต ในการป้องกันแก้ไขปัญหา สุขภาพจิต ยาเสพติด แบบบูรณาการในเครือข่ายที่ |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง คัดกรองติดตามผู้ป่วย เชิงรุก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดสารเสพติด/ผู้ป่วยจิตเวช<br>2.เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง ภาครัฐ เอกชนและชุมชน เน้นการมีส่วน ร่วมทุกภาคส่วน | 1.สร้างความรอบรู้ในการดูแลเฝ้าระวังสัญญานเตือนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การควบคุมการเข้าถึงอาวุธ/อุปกรณ์ที่ใช้ ก่อเหตุและระบบการส่งต่อแก่ ญาติ ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง สายด่วนสุขภาพจิต 1323/ฆ่าตัวตาย 1669 191 | 1.ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยยาเสพติด (แดง ส้ม) SMI-V จิตเภทซึมเศร้า<br>2.ญาติ ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง อสม. ผู้นำชุมชน<br>3.บุคลากรสาธารณสุข รพศ. รพท. สสอ. | ไตรมาส 1-2 (คัดกรอง)<br>2-4 (ติดตาม) | 1.ผู้ป่วย SMI-V ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในจังหวัดได้รับการดูแลต่อเนื่อง จนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 87<br>2.ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 85 |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 3.เพื่อพัฒนาระบบบริการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล Telepsychiatry<br>4.เพื่อพัฒนาระบบการบำบัดรักษาฟื้นฟู ผู้ป่วย SMI-V ให้เข้าถึงง่ายในทุกพื้นที่ | 2.สร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจให้แก่ชุมชน<br>3. ประสานความร่วมมือกับอบจ.ดำเนินการติดตามเฝ้าระวังแบบเข้มข้นใน 12 อำเภอที่อัตราการฆ่าตัวตายสูงมากกว่า 7.8 : แสนปชก.และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงานร่วมกัน (จังหวัด)<br>4.ค้นหา คัดกรอง ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด นำเข้าบำบัดรักษาฟื้นฟูตามแนวทาง Patient Journey | | | 3.ร้อยละผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการสะสมได้รับการดูแลต่อเนื่อง ≥ ร้อยละ 63<br>4.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 7.8 ต่อแสนปชก.)<br>5.ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ≥ ร้อยละ 70<br>6.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแล (Retention rate) ≥ ร้อยละ 70 |
| | 5.เพิ่มการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยอสม. ชุมชนและเครือข่ายในชุมชนโดย SMI-V scan<br>6.พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการสอบสวนการฆ่าตัวตาย การลงบันทึกรายงาน 506s HDC (ระดับจังหวัด)<br>7.กำกับติดตามการสอบสวนโรคและการลงรายงาน 506sv11, HDC ไม่เกินเวลาที่กำหนด (ระดับจังหวัด)<br>8.ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 8Q ในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายทุกราย ทุกvisit และวางแผนเฝ้าระวัง ตามระดับความรุนแรง | | | |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| | 9.รพ.จัดบริการ Psychiatric home ward/Telepsychiatry เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ<br>10.ขยายการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ (เป้าหมาย: เปิดใหม่ 2 อำเภอ (พล, อุบลรัตน์) / เพิ่มเตียงIMC 2 แห่ง (กระนวน ภูเวียง)<br>11.ติดตามและประเมินผลการพัฒนาระบบรูปแบบ และมาตรฐานการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วย SMI-V ให้มีคุณภาพเข้าถึงง่ายในทุกพื้นที่ (ระดับจังหวัด)<br>12.ติดตามการดำเนินงานตามแนวทาง 7 กิจกรรม ประเมินสังคมจิตใจ ช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง (ระดับจังหวัด)<br>- ประเมินผลการติดตามดูแลและช่วยเหลือหลังการบำบัดอย่างต่อเนื่อง และครบตามเกณฑ์มาตรฐาน<br>- ติดตามและประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยด้วย “ชุมชนล้อมรักษ์” | | | |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ

**ตัวชี้วัดที่ 21** อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community – acquired

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ<br>2.เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ให้น้อยกว่าร้อยละ 24 | 1.จัดการประชุมขับเคลื่อนการพัฒนายกระดับคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตและลดอัตราตายจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) จังหวัดขอนแก่น (Pre-hospital, In-hospital, Post-hospital) | 1.คณะทำงาน SP อายุรกรรม Sepsis<br>2.รพ. ทุกแห่ง<br>3.สสอ. ทุกอำเภอ | ไตรมาส 1 | 1.ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าถึงระบบการรักษาได้เร็วขึ้น (ลดระยะเวลาจากบ้านถึง รพ.)<br>2.อัตราการดูแลรักษาผู้ป่วยปฏิบัติตามมาตรฐาน Protocol Sepsis Bundle ≥80%<br>3.อัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ลดลง<br>4.โรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น มีการบริการประเภท ICU ตามมาตรฐาน SAP มากกว่าร้อยละ 60 |
| | 2.จัดการประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) "Sepsis Management Update" | 1.รพ.ทุกแห่ง<br>2.สสอ. ทุกอำเภอ<br>3.รพ.สต.<br>4.อสม. | ไตรมาส 1 | |
| | 3.จัดการประชุมพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย<br>ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) จังหวัดขอนแก่น | 1.Core team IT<br>2.IT รพ.ทุกแห่ง | ไตรมาส 2 | |
| | 4.ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) จังหวัดขอนแก่น 4 โซน (4 ครั้ง) (ICU ตามเกณฑ์มาตรฐาน SAP, RRS, RRT ) | รพ.ทุกแห่ง | ไตรมาส 2 | |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.พัฒนาระบบการคัดกรอง เฝ้าระวัง และการส่งต่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในชุมชน | *Pre - hospital<br>1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเครือข่าย รพช./สสอ./รพ.สต./ ทีม EMS/ อสม.<br>เรื่องการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง Sepsis<br>(Sepsis Early Warning Sign)<br>2.รณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง 608<br>3.สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชน รณรงค์ "รู้ทัน Sepsis ช่วยชีวิตได้" ผ่านสื่อท้องถิ่น, โซเชียลมีเดีย, หอกระจายข่าว<br>4. พัฒนาระบบสื่อสารแจ้งเตือนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อในชุมชน ระหว่าง รพ.สต. - รพช.<br>5.พัฒนาระบบส่งต่อแบบ Sepsis Fast Track จากระดับปฐมภูมิ | 1.รพ.ทุกแห่ง<br>2.สสอ.<br>3.รพ.สต.<br>4.ทีม EMS<br>5.อสม.<br>6.ประชาชนกลุ่มเสี่ยง 608 | ไตรมาส 1 -2 | 1.อัตราการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 608 ผู้ป่วยสงสัย Sepsis ที่ชุมชน ≥ 80%<br>2.ประชาชนกลุ่มเสี่ยง 608 ได้รับการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ≥ 80%<br>3.ลดระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษาที่ รพ. ของผู้ป่วย Sepsis จากชุมชน (Time to hospital < 1 ชั่วโมง) |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 2.เพื่อพัฒนาคุณภาพการรักษาตาม Sepsis Bundle ให้ได้ตามมาตรฐาน และพัฒนาระบบการตอบสนองต่อผู้ป่วย Sepsis ที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ | **<u>In - hospital</u><br>1.จัดตั้ง "Sepsis Manager Team" โดยสหวิชาชีพ<br>2.อบรมพัฒนาบุคลากร "Sepsis Management Update"<br>3.พัฒนาแนวทางการส่งต่อและรับผู้ป่วยวิกฤตตามบริบท รพ.<br>4.จัดระบบบริการ ICU ตามเกณฑ์มาตรฐาน SAP, RRS, RRT | 1.รพ.ทุกแห่ง<br>2.ผู้ป่วย Sepsis | ไตรมาส 1 -2 | 3.อัตราการดูแลรักษาผู้ป่วยปฏิบัติตามมาตรฐาน Protocol Sepsis Bundle ≥80%<br>4. มีการจัดตั้ง RRS / RRT ในโรงพยาบาลระดับ P+, P, A+, A ร้อยละ 60<br>5.อัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired < 24% |
| 3.เพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อซ้ำและลดอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล | ***<u>Post - hospital</u><br>1.จัดทำแนวทางการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วย และ พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วย Sepsis หลังจำหน่าย<br>(Sepsis Post-discharge Care Plan)<br>2.สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและ<br>รพ.สต. เพื่อประสานงานและการติดตามผู้ป่วยในชุมชน<br>แต่ละพื้นที่ | 1.รพ.ทุกแห่ง<br>2.สสอ.<br>3.ทีมเยี่ยมบ้าน<br>4.รพ.สต.<br>5.อสม.<br>6.Care manager<br>7.ผู้ป่วย Sepsis | ไตรมาส 1 -2 | 5.ผู้ป่วย Sepsis ได้รับการติดตามหลังจำหน่าย ≥80%<br>6.ลดอัตรา Re-Admit ด้วยภาวะติดเชื้อภายใน 28 วัน |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ

**ตัวชี้วัดที่ 22** อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| ลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ | 1.เพิ่มการคัดกรอง CVD Risk<br>2.นำผู้ป่วย DM HT กลุ่มเสี่ยง และกลุ่ม Pre-HT อายุไม่เกิน 60 ปี เข้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นด้วยเครื่องมือ 3ส 3อ 1น<br>3.สร้างHLเรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่กลุ่มเสี่ยง และCG รณรงค์อย่างต่อเนื่อง | ผู้ป่วย DM HT กลุ่มเสี่ยงและประชากร อายุ 45 – 60 ปี<br>DM HT กลุ่มเสี่ยง CG และประชาชนทั่วไป | 1<br>2<br>1, 2, 3, 4 | 1.ผู้ป่วย DM HT ได้รับการคัดกรอง CVD Risk ร้อยละ 100<br>2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลง |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| ลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ | 1.เพิ่มการคัดกรอง CVD Risk<br>2.นำผู้ป่วย DM HT กลุ่มเสี่ยง และกลุ่ม Pre-HT อายุไม่เกิน 60 ปี เข้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ด้วยเครื่องมือ 3ส 3อ 1น<br>3.สร้างHLเรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่กลุ่มเสี่ยงและCG รณรงค์อย่างต่อเนื่อง | ผู้ป่วย DM HT กลุ่มเสี่ยงและประชากร อายุ 45 – 60 ปี<br>DM HT กลุ่มเสี่ยง CG และประชาชนทั่วไป | 1<br>2<br>1, 2, 3, 4 | 1.ผู้ป่วย DM HT ได้รับการคัดกรอง CVD Risk ร้อยละ 100<br>2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลง |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ

**ตัวชี้วัดที่ 23** ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. ชี้แจงนโยบายการดำเนินงานและกำหนดแนวทางการจัดระบบการจัดเก็บข้อมูลในทิศทางเดียวกันและการให้บริการร่วมกัน<br>2. คืนศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย | 1.1 จัดประชุมคณะกรรมการ Service Plan IMC เพื่อ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน<br>1.2 ประชุมติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการ ดำเนินงาน | คณะกรรมการ IMC จังหวัดขอนแก่น ปี 2569 | ไตรมาส 1<br>ไตรมาส 2,3,4 | 1.1. มีการติดตามการบริบาลฟื้นฟูสมรรถสภาพ อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน (เป้าหมายร้อยละ 85)<br>1.2 ร้อยละ 100 ข้อมูลมีความแม่นยำและเป็นแบบ Real time<br>1.3 ร้อยละผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) (OPD) ได้รับการบริบาล IMC ≥ 6 ครั้ง ใน 6 เดือน (เป้าหมายร้อยละ 50) |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 3. ผู้ป่วยในชุมชนได้รับการบริการฟื้นฟูฯ สภาพใกล้ใจ - ใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง | 3.1 นักกายภาพบำบัด และทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าปฏิบัติงานในชุมชนอย่างน้อย 2 วัน/สัปดาห์<br>3.2 ดำเนินโครงการการจัดตั้งศูนย์ฯ ตามกรอบที่กำหนดไว้ดังนี้<br>- สนับสนุนให้มีศูนย์ฯ ในชุมชนทุกแห่ง<br>- มีคลังกายอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการเคลื่อนไหว<br>- มีศูนย์ซ่อมกายอุปกรณ์<br>- มีการปรับสภาพบ้าน<br>- มีสนับสนุนยานพาหนะ โดย อบต กปท.<br>- ต้องการอบรมแกนนำการฟื้นฟูทุกหมู่ บ้านๆ ละ 1-2 คน | ผู้ป่วย IMC ใน รพ. ในชุมชน และ ผู้ป่วย WALK IN ทุกพื้นที่ในจังหวัดขอนแก่น | ไตรมาส 1,2,3,4 | 3.1 ความสำเร็จการ จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟู ฯ อย่างน้อย PCU ละ 1 แห่ง<br>3.2 มีการติดตามการบริบาลฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) อย่างต่อเนื่องในชุมชน |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ

**ตัวชี้วัดที่ 24** อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.ส่งเสริมการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล/รพ.สต. | 1.Update/เครื่องมือ check list การสั่งจ่ายยา ATB อย่างเหมาะสมในรพ.และรพ.สต (AD/URI/FTW) | -คณะกรรมการ RDU & AMR จังหวัดขอนแก่น (40 คน) | ไตรมาสที่ 1-2 | มี check list เครื่องมือสนับสนุนและส่งเสริมการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับรพ.และรพ.สต. |
| | 2.อบรมการสั่งจ่ายยา ATB สำหรับผู้สั่งจ่ายยาในกลุ่มโรค (online)<br>- OPD : AD/URI/FTW/APL (RDU)<br>-IPD : Sepsis/Pneumonia (AMR) | -คณะกรรมการ RDU & AMR จังหวัดขอนแก่น<br>-ผู้สั่งจ่ายยาในรพ.26 แห่ง (200 คน) ได้แก่ แพทย์/พยาบาล/เภสัชกร<br>-ผู้สั่งจ่ายยาในรพ.สต 26 แห่ง (300 คน) ได้แก่ พยาบาล/นวก. | ไตรมาสที่ 2 | -ร้อยละของรพ.ผ่านเกณฑ์การสั่งจ่ายยา ATB 4 โรค > 60 %<br>-ร้อยละของรพ.สต.สั่งจ่ายยา ATB ใน 2 โรค (AD และ URI) ผ่านเกณฑ์ ≥80% (joint KPI)**<br>-DDD การสั่งจ่ายยา ATB OPD & IPD |
| 2.ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาทั้งในรพ.และชุมชน | 1.ประชุมสร้างความร่วมมือโครงการร้านขายยาส่ง/ขายปลีก ในการกระจายยาอย่างสมเหตุผล | -กลุ่มงานคุ้มครองฯ สสจ.ขอนแก่น<br>- ร้านยาคุณภาพ 50 ร้าน<br>- ร้านยาส่ง/ปลีก(เข้าข่ายขายส่ง) จำนวน 20 แห่ง | ไตรมาสที่ 2 | -จำนวนร้านขายยาที่ร่วมโครงการฯ<br>-กรอบรายการยาสำหรับขายร้านชำ |
| | 2.การเฝ้าระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลในช่องทาง online | -กลุ่มงานคุ้มครองฯ สสจ.ขอนแก่น | ไตรมาสที่ 2-4 | -จำนวนเคสที่ดักจับการจำหน่ายยา ATB ได้ในช่องทาง online<br>-จำนวนเรื่องร้องเรียนการจำหน่ายยา ATB ที่ได้รับการจัดการ |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 3.ควบคุมกำกับติดตามการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยา | 1.ประชุมคณะกรรมการ RDU&AMR จังหวัดขอนแก่น 3 ครั้ง | -คณะกรรมการ RDU & AMR จังหวัดขอนแก่น (40 คน) | ไตรมาสที่ 2-4 | -จังหวัดขอนแก่นผ่านเกณฑ์ RDU province (อำเภอผ่านเกณฑ์ RDU District >80% (21 อำเภอ)) -อุบัติการณ์ติดเชื้อดื้อยาลดลงของรพ.A-M2 < 5% (เทียบกับปี 2565) |
| | 2.ประเมินมาตรการจัดการเชื้อดื้อยาในรพ. 5 ด้าน (Integrated AMR) | -คณะกรรมการ AMR จังหวัดขอนแก่น -รพ.ขอนแก่น/ชุมแพ/สิรินธร/บ้านไผ่/พล/กระนวน | ไตรมาสที่ 2,4 | -รพ.ระดับ A-M2 ประเมิน Integrated AMR ผ่านเกณฑ์ 100% |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในรพ./ชุมชน | 1.อบรมและประเมินความรอบรู้ในการใช้ยา ATB (RDU literacy)<br>-ร้านชำ<br>-ปชช.(อย.น้อย)<br>-จนท./อสม. | -ร้านชำ 60%/ตำบล (G-RDU)<br>-อย.น้อย 10 รร.ต้นแบบ<br>-จนท./อสม. | ไตรมาสที่ 2-4 | 1.คะแนน RDU literacy เพิ่มขึ้น > 30% (กลุ่มเก่า)<br>2.คะแนน RDU literacy baseline (กลุ่มใหม่) |
| 2.ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาทั้งในรพ.และชุมชน | 1.ควบคุมและเฝ้าระวังการจำหน่ายยา ATB ในร้านชำ | -ร้านชำ 60%/ตำบล (G-RDU)<br>-พนง.จนท.ทุกอำเภอ/อสม/สสอ./รพ.สต. | ไตรมาสที่ 2-4 | 1.ร้านชำผ่านเกณฑ์ G-RDU >70 % (joint KPI)** |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 3.ควบคุมกำกับติดตามการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยา | 1.ประเมิน DUE ATB<br>- OPD (RDU Hospital)<br>- IPD (sepsis/pneumonia) | -รพ.ทุกแห่ง | ไตรมาสที่ 2-4 | -อัตราการสั่งจ่ายยา ATB ในโรค AD ≤20%<br>-อัตราการสั่งจ่ายยา ATB ในโรค URI ≤20%<br>-อัตราการสั่งจ่ายยา ATB ในโรค FTW ≤40%<br>-อัตราการสั่งจ่ายยา ATB ในโรค APL ≤15%<br>-ร้อยละความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา ATB sepsis/pneumonia ≥ ร้อยละ 90 (DUE day 1 & day4) |
| | 2.รพ. A-M2 ดำเนินงานตามมาตรการบูรณาการและจัดการเชื้อดื้อยา 5 ด้าน (ยา/IC/LAB) | -คณะกรรมการ AMR รพ.A-M2 (ขอนแก่น/ชุมแพ/สิรินธร/พล/บ้านไผ่/กระนวน) | ไตรมาสที่ 2-4 | -อุบัติการณ์ติดเชื้อดื้อยาลดลง < 5%<br>-รพ. A-M2 มีคะแนนการประเมิน Integrated AMR ผ่านเกณฑ์ |
| | 3.รพ. F1-F3 ประเมินตนเองและแนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์ AMR | -รพ.ทุกแห่ง | ไตรมาสที่ 2-4 | -คะแนน baseline Integrated AMR รพ.ทุกแห่ง |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ

**ตัวชี้วัดที่ 25** ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในการบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ<br>2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการบันทึก วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลบริการแพทย์แผนไทย<br>3. เพื่อยกระดับคุณภาพข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยให้ถูกต้องครบถ้วน และทันเวลา<br>4. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างเป็นระบบของจังหวัดขอนแก่น | 1. อบรมเชิงปฏิบัติการบริหารจัดการข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย (การจัดทำฐานข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูลบริการ,การส่งต่อคนไข้ของแพทย์แผนไทย)<br>1. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน<br>3. อบรมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care : IMC) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | แพทย์แผนไทยและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยใน รพ.และ รพ.สต. จังหวัดขอนแก่น จำนวน 55 คน<br>แพทย์,พยาบาล,แพทย์แผนไทย,นักกายภาพบำบัด,และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน<br>แพทย์แผนไทย และผู้รับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 คน | ไตรมาส 1,2<br>ไตรมาส 2<br>ไตรมาส 4 | 1. ร้อยละของผู้เข้าอบรมที่เข้าร่วมครบตามกำหนด ≥ 90%<br>2. มีแนวทางหรือรูปแบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยที่พัฒนาและนำไปใช้จริงในพื้นที่<br>3. หน่วยบริการมีระบบการบันทึกและติดตามผลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง<br>4. มีรายงานผลการดำเนินงานและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนา<br>5. เอกสารองค์ความรู้ที่พัฒนาและเผยแพร่ภายหลังการอบรม<br>6. เกิดเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในระดับจังหวัด |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 5. เพื่อส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีมาตรฐานและต่อเนื่อง<br>6. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทย การอบสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพร และการดูแลแบบองค์รวม ในการฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย<br>7. เพื่อสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการด้านการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care : IMC) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย | | | | |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ

**ตัวชี้วัดที่ 26** ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในการบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ<br>2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการบันทึก วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลบริการแพทย์แผนไทย<br>3. เพื่อยกระดับคุณภาพข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา | 1. อบรมเชิงปฏิบัติการบริหารจัดการข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย (การจัดทำฐานข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูลบริการ,การส่งต่อคนไข้ของแพทย์แผนไทย) | แพทย์แผนไทยและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในรพ.สต. จังหวัดขอนแก่น<br>จำนวน 55 คน | 1,2 | 1. ร้อยละของผู้เข้าอบรมที่เข้าร่วมครบตามกำหนด ≥ 90%<br>2. มีแนวทางหรือรูปแบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยที่พัฒนาและนำไปใช้จริงในพื้นที่ |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ

**ตัวชี้วัดที่ 27** ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม | 1.กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบเข้มข้น<br>-ตรวจ HbA1C ไตรมาส 1 และคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในไตรมาส 1<br>-HbA1C 7-9 % ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น<br>-ตรวจ HbA1C ซ้ำ ในไตรมาส 3 | ผู้ป่วยเบาหวาน | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 40<br>-ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยไม่เกิน5ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลตรวจ HbA1C≤7<br>-ผู้ป่วยเบาหวานนานเกิน5ปี ควบคุมยาก ผลตรวจ HbA1C≤8 |
| 2.ปรับปรุงระบบติดตามและประเมินผลการรักษาโรคไม่ติดต่อ | 1.มีระบบแจ้งเตือนและติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาหรือมีแนวโน้มที่จะควบคุมโรคไม่ได้<br>2.ปรับปรุงระบบการประสานงาน/การสื่อสารระหว่าง รพ, และ รพ.สต<br>3.ใช้ Telemedicine / Home ward มาใช้ในการติดตาม และให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง | ทุก รพ.<br>ทุก รพ.สต. | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 40<br>-ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยไม่เกิน5ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลตรวจ HbA1C≤7<br>-ผู้ป่วยเบาหวานนานเกิน5ปี ควบคุมยาก ผลตรวจ HbA1C≤8 |
| 3.สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน | 1.ขับเคลื่อนประเด็น NCD เป็นปัญหาสาธารณสุข ในพื้นที่ ผ่าน พชอ. พชต.<br>2.สร้างระบบพี่เลี้ยงสุขภาพ (Health Buddy/Health station) โดย สสอ. อสม.<br>3.พัฒนาศักยภาพบุคลากร CM และ อสม.<br>-หลักสูตร CM ระยะสั้น 3 วัน<br>-เครือข่าย CM พี่ช่วยน้อง<br>4.หน่วยบริการทุกระดับ ปรับปรุงฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ภายในไตรมาส 1 (สำรวจข้อมูลผู้ป่วย) | ทุก รพ.<br>ทุก รพ.สต. | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 40<br>-ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยไม่เกิน5ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลตรวจ HbA1C≤7<br>-ผู้ป่วยเบาหวานนานเกิน5ปี ควบคุมยาก ผลตรวจ HbA1C≤8 |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม | 1.กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบเข้มข้น<br>-ตรวจ HbA1C ไตรมาส 1 และคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในไตรมาส 1<br>-HbA1C 7-9 % ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น<br>-ตรวจ HbA1C ซ้ำ ในไตรมาส 3 | ผู้ป่วยเบาหวาน | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 40<br>-ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยไม่เกิน5ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลตรวจ HbA1C≤7<br>-ผู้ป่วยเบาหวานนานเกิน5ปี ควบคุมยาก ผลตรวจ HbA1C≤8 |
| 2.ปรับปรุงระบบติดตามและประเมินผลการรักษาโรคไม่ติดต่อ | 1.มีระบบแจ้งเตือนและติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาหรือมีแนวโน้มที่จะควบคุมโรคไม่ได้<br>2.ปรับปรุงระบบการประสานงาน/การสื่อสารระหว่าง รพ, และ รพ.สต<br>3.ใช้ Telemedicine / Home ward มาใช้ในการติดตาม และให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง | ทุก รพ.<br>ทุก รพ.สต. | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 40<br>-ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยไม่เกิน5ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลตรวจ HbA1C≤7<br>-ผู้ป่วยเบาหวานนานเกิน5ปี ควบคุมยาก ผลตรวจ HbA1C≤8 |
| 3.สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน | 1.ขับเคลื่อนประเด็น NCD เป็นปัญหาสาธารณสุข ในพื้นที่ผ่าน พชอ. พชต.<br>2.สร้างระบบพี่เลี้ยงสุขภาพ (Health Buddy/Health station) โดย สสอ. อสม.<br>3.พัฒนาศักยภาพบุคลากร CM และ อสม.<br>-หลักสูตร CM ระยะสั้น 3 วัน<br>-เครือข่าย CM พี่ช่วยน้อง<br>4.หน่วยบริการทุกระดับ ปรับปรุงฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบันภายในไตรมาส 1 (สำรวจข้อมูลผู้ป่วย) | ทุก รพ.<br>ทุก รพ.สต. | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 40<br>-ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยไม่เกิน5ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลตรวจ HbA1C≤7<br>-ผู้ป่วยเบาหวานนานเกิน5ปี ควบคุมยาก ผลตรวจ HbA1C≤8 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 4** ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ

**ตัวชี้วัดที่ 28** ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบองค์รวม | 1.พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน NCD Clinic ใน รพ, และ รพ.สต. | รพ. และ รพสต.ทุกแห่ง | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 60 |
| 2.ปรับปรุงระบบติดตามและประเมินผลการรักษาโรคไม่ติดต่อ | 1.มีระบบแจ้งเตือนและติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาหรือมีแนวโน้มที่จะควบคุมโรคไม่ได้<br>2.ปรับปรุงระบบการประสานงาน/การสื่อสารระหว่าง รพ, และ รพ.สต<br>3.ใช้ Telemedicine / Home ward มาใช้ในการติดตาม และให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง | ทุก รพ.<br>ทุก รพ.สต. | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 60 |
| 3.สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน | 1.ขับเคลื่อนประเด็น NCD เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ผ่าน พชอ. พชต.<br>2.สร้างระบบพี่เลี้ยงสุขภาพ (Health Buddy/Health station) โดย สสอ. อสม.<br>3.พัฒนาศักยภาพบุคลากร CM และ อสม.<br>-หลักสูตร CM ระยะสั้น 3 วัน<br>-เครือข่าย CM พี่ช่วยน้อง<br>4.หน่วยบริการทุกระดับ ปรับปรุงฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ภายในไตรมาส 1 (สำรวจข้อมูลผู้ป่วย) | สสอ.<br>อสม.<br>CM<br>ทุก รพ.<br>ทุก รพ.สต. | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 60 |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบองค์รวม | 1.พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน NCD Clinic ใน รพ, และ รพ.สต. | รพ. และ รพสต.ทุกแห่ง | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 60 |
| 2.ปรับปรุงระบบติดตามและประเมินผลการรักษาโรคไม่ติดต่อ | 1.มีระบบแจ้งเตือนและติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาหรือมีแนวโน้มที่จะควบคุมโรคไม่ได้<br>2.ปรับปรุงระบบการประสานงาน/การสื่อสารระหว่าง รพ, และ รพ.สต<br>3.ใช้ Telemedicine / Home ward มาใช้ในการติดตาม และให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง | ทุก รพ.<br>ทุก รพ.สต.<br>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 60 |
| 3.สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน | 1.ขับเคลื่อนประเด็น NCD เป็นปัญหาสาธารณสุข ในพื้นที่ ผ่าน พชอ. พชต.<br>2.สร้างระบบพี่เลี้ยงสุขภาพ (Health Buddy/Health station) โดย สสอ. อสม.<br>3.หน่วยบริการทุกระดับ ปรับปรุงฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ภายในไตรมาส 1 (สำรวจข้อมูลผู้ป่วย) | สสอ.<br>อสม.<br>CM<br>ทุก รพ.<br>ทุก รพ.สต.<br>ทุก รพ.<br>ทุก รพ.สต. | 1, 2, 3, 4 | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 60 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 5** ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

**ตัวชี้วัดที่ 29** ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อให้การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นไปตามคุณภาพมาตรฐาน | 1. ทบทวนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามคู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2568-2570<br>2.ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับจังหวัดและอำเภอ<br>3. อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสหวิชาชีพ และ ค.ป.ค.ม. (มาตรฐาน, เครื่องมือ, ระบบข้อมูล)<br>4. ประชุมถอดบทเรียนการพัฒนาหน่วยบริการ<br>5. รับรองการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ<br>6. ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ (มหกรรมปฐมภูมิ จ.ขอนแก่น) | 1. ค.ป.ค.ม. เครือข่าย FM และเครือข่ายปฐมภูมิ จ.ขอนแก่น<br>2. ค.ป.ค.ม. เครือข่าย FM, ผู้รับผิดชอบงานจาก อบจ., รพ., และ สสอ.<br>3. ค.ป.ค.ม. เครือข่าย FM, ผู้รับผิดชอบงานจาก อบจ. รพ.สต., รพ., และ สสอ.<br>4. ค.ป.ค.ม. เครือข่าย FM, ผู้รับผิดชอบงานจาก อบจ. รพ.สต., รพ., และ สสอ.<br>5. เครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ 26 อำเภอ | ไตรมาส 1<br>ไตรมาส 1<br>ไตรมาส 2<br>ไตรมาส 2-3<br>ไตรมาส 2-3 | 1. แผนพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว<br>2. หน่วยบริการขึ้นทะเบียนฯ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 100<br>3. หน่วยบริการปฐมภูมิต้นแบบ จำนวน 9 แห่ง ( S M L อย่างละ 3 รางวัล) |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อให้การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นไปตามคุณภาพมาตรฐาน | 1. ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับอำเภอ และส่งข้อมูลให้จังหวัด<br>2. ค.ป.ค.ม. ทบทวนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามคู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2568-2570<br>3. คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ระดับ CUP ออกตรวจประเมินในพื้นที่ตนเอง (ตามความเป็นจริง) และจัดทำแผนการพัฒนาตามส่วนขาดที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่อย่างน้อย 1 ประเด็น<br>4. จัดกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อร่วมกันพัฒนาส่วนขาด<br>5. คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ประเมินไขว้<br>6. สรุปผลการดำเนินงานและมีการบันทึกผลการตรวจประเมินในระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (https://pcustandard.moph.go.th) | ค.ป.ค.ม.<br>เครือข่าย FM<br>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ | ไตรมาส 1<br>ไตรมาส 1<br>ไตรมาส 2-3<br>ไตรมาส 2-3<br>ไตรมาส 3<br>ไตรมาส 3 | หน่วยบริการขึ้นทะเบียนฯ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 100 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

**เป้าประสงค์ที่ 5** ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

**ตัวชี้วัดที่ 30** ร้อยละของการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.ขับเคลื่อนการใช้ Digital Health Platform ในการให้บริการปฐมภูมิ | -ประชุมเตรียมความพร้อมการดำเนินงานขับเคลื่อนการใช้ Digital Health Platform ในการให้บริการปฐมภูมิ และการทำ Telemedicine | กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล กลุ่มงานปฐมภูมิและครือข่ายสุขภาพ สสจ.ขอนแก่น และหัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาล | ไตรมาส 1 | -มีการทำนัดหมายออนไลน์ เพื่อลดแออัด ลดรอคอยของประชาชนในโรงพยาบาล |
| 2.ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลดการเดินทางมาโรงพยาบาล เพื่อรักษาด้วยโรคที่ไม่จำเป็น | -ออกพื้นที่ทดสอบระบบ Telemedicineใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น<br>-จัดกิจกรรม Kick Off Telemedicine และการประชุมชี้แจงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น<br>-ติดตาม Work Flow ของโรงพยาบาลแม่ข่าย | -เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น<br>-แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว<br>-หัวหน้ากลุ่มงานและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาล<br>-ฝ่ายไอทีและผู้เกี่ยวข้องกับระบบ Telemedicine ของโรงพยาบาล<br>-ประธานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<br>-เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) | ไตรมาส 1<br><br>ไตรมาส 1 | -มีการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลดการเดินทางมาโรงพยาบาล เพื่อรักษาด้วยโรคที่ไม่จำเป็น<br><br>-เครือข่ายบริการสุขภาพ มี Work Flow การให้บริการ Telemedicine ที่ครอบคลุมไปถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.ขับเคลื่อนการใช้ Digital Health Platform ในการให้บริการปฐมภูมิ | -ประชุมชี้แจงนโยบาย และแนวทางการทำ Work Flow<br>-จัดทำ Work Flow การให้บริการ Telemedicine และ Work Flow ที่เกี่ยวข้องกับ Digital Health Platform ที่ครอบคลุมไปถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ | เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) | ไตรมาส 1 | มีการทำนัดหมายออนไลน์ เพื่อลดแออัด ลดรอคอยของประชาชนในโรงพยาบาล |
| 2.ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลดการเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อรักษาด้วยโรคที่ไม่จำเป็น | -ตรวจสอบระบบโครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์ และสัญญาณ Internet<br>-สนับสนุนลูกข่ายในการให้บริการ Telemedicine<br>-จัดบริการ Telemedicine ในหน่วยบริการปฐมภูมิ | เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)<br>เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)<br>เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)<br>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ | ไตรมาส 1-3<br>ไตรมาส 1-3<br>ไตรมาส 1-3<br>ไตรมาส 1-3 | -มีการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยโรคที่ไม่จำเป็นร้อยละ 100 เพื่อลดการเดินทางมาโรงพยาบาล<br>-ผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับบริการ Telemedicine ร้อยละ 10 |

**ยุทธศาสตร์ที่ 3** พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ

**เป้าประสงค์ที่ 6** บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ

**ตัวชี้วัดที่ 31** บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง(Regulator/ กฎหมาย/ พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535/ Hard skill/ Soft skill/ AI)

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข สสอ. | 1. จัดทำแบบสำรวจสมรรถนะบุคลากร สสอ. เพื่อประเมินสมรรถนะรายบุคคล รูปแบบ Google form<br>2.จัดประชุมชี้แการสำรวจประเมินสมรรถนะบุคลากร สสอ. เพื่อประเมินสมรรถนะรายบุคคล ได้แก่<br>2.1 สมรรถนะหลัก (Core Competency) 5 ด้าน<br>-ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์<br>-ด้านการให้บริการที่ดี<br>-ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ<br>-ด้านความยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม<br>-ด้านการทำงานเป็นทีม<br>2.2ทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง<br>- ทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ | ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร สสจ.ขอนแก่น (HRD)<br>บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ<br>เครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>จำนวน 26 อำเภอ | ไตรมาส 1 | 1. สสจ.ขอนแก่น มีเครื่องมือสำรวจสมรรถนะบุคลากร จำนวน 1 ชุด<br>2. ร้อยละ 100 ของบุคลากรสาธารณสุข สสอ.ได้รับการอบรมเพิ่มสมรรถนะทั้ง 5ด้าน<br>Hard skill/Soft skill/ AI |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา<br>ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| | - ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์<br>- ทักษะความรู้ด้านกฎหมาย และ พรบ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535<br>2.3 Soft Skills<br>- ทักษะการสื่อสาร<br>- ทักษะความยืดหยุ่นในการทำงาน<br>- ทักษะการทำงานเป็นทีม<br>- ทักษะการมีทัศนคติเชิงบวก<br>- ทักษะการจัดการเวลา<br>2.4 สมรรถนะด้านดิจิทัล<br>- ทักษะการใช้ AI ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพสร้างนวัตกรรมบริการ<br>3. วิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนาสมรรถนะ บุคลากรของCUP | | | |
| **2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะและทักษะบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ** | 1. <u>จัดทำแผนพัฒนา</u>สมรรถนะรายบุคคล และรายกลุ่ม (IDP: Individual Development Plan) และระดับกลุ่ม (IDP: Group Development Plan)<br>2. สสจ.ขก รวบรวม website การฝึกอบรม แบบ online ของ กพ. และ ศูนย์ฝึกอบรม ต่างๆ | 1. ผู้รับผิดชอบ สสอ. 26 คน<br>2 ผู้รับผิดชอบงาน HRD | ไตรมาส 1,2 | 3. ร้อยละ 100 สสอ. มีแผนพัฒนาสมรรถนะรายบุคคลและรายกลุ่ม |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา<br>ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| **3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประชาชนในพื้นที่** | 1. บุคลากรฝึกอบรมทักษะและความรู้ที่จำเป็น แบบ online หรือ onsite โดยอ้างอิงจากการพัฒนาบุคลากรของสำนักงาน ก.พ. และตามแผนพัฒนารายบุคคลและรายกลุ่มอย่างน้อย 2 เรื่อง<br>2. จัดทำแบบฟอร์มสรุปการอบรมและการดำเนินงานสสอ.และการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน<br>3. สรุปผลการพัฒนารายบุคคลและรายกลุ่มและสรุปผลการดำเนินงานตามสมรรถนะและการดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน<br>4. ประชุมติดตามรายงานความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและการผลการดำเนินงาน | บุคลากรในสสอ. ทุกคน<br>ผู้รับผิดชอบงาน HRD<br><br>ผู้รับผิดชอบ สสอ. 26 คน<br><br>ผู้รับผิดชอบ สสอ. 26 คน<br>และ ผู้รับผิดชอบ สสจ. | ไตรมาส 1,2 | 4. ร้อยละ 90 ของบุคลากร สสอ.ได้รับการฝึกอบรมทักษะและความรู้ที่จำเป็น แบบ online หรือ onsite อย่างน้อย 2 เรื่อง<br>5. ร้อยละ 100 ได้รับการจัดการข้อร้องเรียน |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข สสอ. | 1. จัดประชุมชี้แจงการสำรวจประเมินสมรรถนะบุคลากร สสอ. เพื่อประเมินสมรรถนะรายบุคคล ได้แก่<br>1.1 สมรรถนะหลัก (Core Competency) 5 ด้าน<br>- ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์<br>- ด้านการให้บริการที่ดี<br>- ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ<br>- ด้านความยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม<br>- ด้านการทำงานเป็นทีม<br>1.2 ทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง<br>- ทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ<br>- ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์<br>- ทักษะความรู้ด้านกฎหมาย และ พรบ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 | บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | ไตรมาส 1 | ร้อยละ 100 ของบุคลากรสาธารณสุข สสอ.ได้รับการอบรมเพิ่มสมรรถนะทั้ง 5 ด้าน Hard skill/Soft skill/AI |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| | 1.3 Soft Skills<br>- ทักษะการสื่อสาร<br>- ทักษะความยืดหยุ่นในการทำงาน<br>- ทักษะการทำงานเป็นทีม<br>- ทักษะการมีทัศนคติเชิงบวก<br>- ทักษะการจัดการเวลา<br>1.4 สมรรถนะด้านดิจิทัล<br>- ทักษะการใช้ AI ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพสร้างนวัตกรรมบริการ<br>2. วิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนาสมรรถนะบุคลากรของ สสอ.<br>- จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะรายบุคคล และรายกลุ่ม (IDP: | | | |
| 2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะและทักษะบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ<br><br>3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประชาชนในพื้นที่ | Individual Development Plan) และระดับกลุ่ม (IDP: Group Development Plan)<br>- บุคลากรฝึกอบรมทักษะและความรู้ที่จำเป็น แบบ online หรือ onsite โดยอ้างอิงจากการพัฒนาบุคลากรของสำนักงาน ก.พ. และตามแผนพัฒนารายบุคคลและรายกลุ่มอย่างน้อย 2 เรื่อง | ผู้รับผิดชอบ สสอ. 26 คน<br><br>บุคลากรใน สสอ. ทุกคน | ไตรมาส 1<br><br>ไตรมาส 2 | ร้อยละ 100 สสอ. มีแผนพัฒนาสมรรถนะรายบุคคลและรายกลุ่ม<br>- ร้อยละ 90 ของบุคลากร สสอ.ได้รับการฝึกอบรมทักษะและความรู้ที่จำเป็น แบบ online หรือ onsite อย่างน้อย 2 เรื่อง |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| | - สรุปผลการพัฒนารายบุคคลและรายกลุ่มและสรุปผลการดำเนินงานตามสมรรถนะและการดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงาน | ผู้รับผิดชอบ สสอ. 26 คน | ไตรมาส 3 | - สสอ. สามารถสรุปผลการดำเนินงาน และความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและการบริการที่มีคุณภาพ |
| | - ประชุมติดตามรายงานความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและการผลการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบ สสอ. 26 คน | ไตรมาส 3 | |

**ยุทธศาสตร์ที่ 3** พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ

**เป้าประสงค์ที่ 6** บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ

**ตัวชี้วัดที่ 32** บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข | 1.จัดทำแบบสำรวจสมรรถนะบุคลากร เพื่อประเมินสมรรถนะรายบุคคล รูปแบบ Google form<br>2.จัดประชุมชี้แจ้งการสำรวจประเมินสมรรถนะบุคลากร เพื่อประเมินสมรรถนะรายบุคคล ได้แก่<br>2.1 สมรรถนะหลัก (Core Competency) 5 ด้าน<br>-ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์<br>-ด้านการให้บริการที่ดี<br>-ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ<br>-ด้านความยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม<br>-ด้านการทำงานเป็นทีม<br>2.2 ทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง<br>- ทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ<br>- ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ | ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร สสจ.ขอนแก่น (HRD)<br>บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ | ไตรมาส 1 | 1. สสจ.ขอนแก่นมีเครื่องมือสำรวจสมรรถนะบุคลากร จำนวน 1 ชุด<br>2. ร้อยละ 100 ของบุคลากรเข้ารับการประชุมเตรียมความพร้อม |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| | 2.3 Soft Skills<br>- ทักษะการสื่อสาร<br>- ทักษะความยืดหยุ่นในการทำงาน<br>- ทักษะการทำงานเป็นทีม<br>- ทักษะการมีทัศนคติเชิงบวก<br>- ทักษะการจัดการเวลา<br>2.4 สมรรถนะด้านดิจิทัล<br>- ทักษะการใช้ AI ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพสร้างนวัตกรรมบริการ<br>3. วิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนาสมรรถนะ บุคลากรของCUP | | | |
| 2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะและทักษะบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประชาชนในพื้นที่ | 1.จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะรายบุคคล และรายกลุ่ม (IDP: Individual Development Plan) และระดับกลุ่ม (IDP: Group Development Plan)<br>2.สสจ.ขก รวบรวม website การฝึกอบรม แบบ online ของ กพ. และ ศูนย์ฝึกอบรม ต่างๆ<br>3.CUP จัดทำแผนงาน/โครงการฝึกอบรม จากการวิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร | 1.ผู้รับผิดชอบ CUP 26 คน<br>2.ผู้รับผิดชอบงาน HRD | ไตรมาส 1,2 | 3. ร้อยละ 80 มีแผนพัฒนาสมรรถนะรายบุคคลและรายกลุ่ม Cup มีโครงการและดำเนินการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างน้อย 2 โครงการ ได้แก่<br>Hard skill: เพิ่มทักษะความรู้ศักยภาพ<br>Soft skill : AI พัฒนาคุณภาพบริการ |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประชาชนในพื้นที่ | 1. สสจ.จัดทำหลักสูตรกลาง เพื่อส่งเสริมพัฒนาความก้าวหน้าและหลักสูตรผู้บริหาร<br>2. CUP จัดทำโครงการพัฒนาบุคลากรฝึกอบรมทักษะและความรู้ที่จำเป็น แบบ online หรือ onsite โดยอ้างอิงจากการพัฒนาบุคลากรของสำนักงาน ก.พ. และตามแผนพัฒนารายบุคคลและราย<br>2. จัดทำแบบฟอร์มสรุปการอบรมและการดำเนินงาน<br>3. สรุปผลการพัฒนารายบุคคลและรายกลุ่มและสรุปผลการดำเนินงานตามสมรรถนะ<br>4. ประชุมติดตามรายงานความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและการผลการดำเนินงาน | บุคลากรในCUPทุกคน<br>ผู้รับผิดชอบงาน HRD<br>ผู้รับผิดชอบ 26 คน<br>ผู้รับผิดชอบ 26 คน<br>และผู้รับผิดชอบ สสจ. | ไตรมาส 3 | 4. ร้อยละ 90 ของบุคลากรได้รับการฝึกอบรมทักษะและความรู้ที่จำเป็น แบบ online หรือ onsite อย่างน้อย 2 เรื่อง<br>5. ร้อยละ 80 ได้รับการฝึกอบรมและสรุปผลการฝึกอบรม |

**ยุทธศาสตร์ที่ 4** การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล

**เป้าประสงค์ที่ 7** มีเทคโนโลยีนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ

**ตัวชี้วัดที่** 33 จำนวนผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อขับเคลื่อนงานวิจัย/R2R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น<br>2. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาการวิจัยที่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จังหวัดขอนแก่น<br>3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและ Facilitaor ด้านการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม<br>4 .เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการผลิตผลงานวิจัย<br>5. เพื่อผลักดันการนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม | 1. <u>จัดตั้งคณะกรรมการ</u>และคณะทำงานด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพตามปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเครือข่ายวิจัย ระดับ Node<br>2.1 <u>กำหนดเป็นนโยบาย</u>ที่ชัดเจนถ่ายทอดเป็นแผน และแนวทางการดำเนินงานถึงระดับอำเภอ และ<u>กำหนดปัญหาการวิจัย</u>ระดับพื้นที่ /Node/SAP ร่วมกัน<br>2.2 <u>กำหนดเป็นตัวชี้วัดประเมินผล</u>การปฏิบัติงานประเมินผลจากการประเมินผลการดำเนินงานประเมินผล (กวป.)ทุก 3 เดือน พร้อมวิเคราะห์ผลกระทบ | 1. ผู้รับผิดชอบงานวิจัย ระดับ CUP และระดับจังหวัด<br>2.1 ผู้รับผิดชอบงานวิจัย ระดับ CUP และระดับจังหวัด<br>2.2 ผู้รับผิดชอบงานวิจัย CUP<br>3. นักวิจัย ระดับ CUP จำนวน 200 คน รุ่นละ 100 คน<br>4. หน่วยงานวิชาการ กรมต่างๆ กระทรวงสาธารณสุข วสส.ขก วพบ.ขก<br>5. CUP 26 แห่ง / แบ่งเป็น Node แม่ข่าย | ไตรมาส 1<br>ไตรมาส 1<br>ไตรมาส 1-2<br>ไตรมาส 1-2<br>ไตรมาส 3<br>ไตรมาส 4 | 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนางานวิจัยระดับจังหวัดและระดับCUP<br>2.1 มีนโยบายขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนางานวิจัย ระดับจังหวัด<br>2.2 มี KPI ประเมินผลการปฏิบัติงานระดับจังหวัด<br>3.1 ร้อยละ 80 ของผู้เข้าอบรมมีความรู้จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์<br>3.2 ร้อยละ 80 ผู้เข้าอบรมมีโครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณา IRB<br>3.3 ร้อยละ 80 ผู้เข้าประชุมมีผลงานวิชาการ วิจัย R2R นวัตกรรมได้รับคัดเลือกให้นำเสนอในเวทีวิชาการระดับจังหวัด<br>3.4 ร้อยละ 40 ของผู้เข้าประชุมผลงานได้รับคัดเลือกให้นำเสนอในเวทีวิชาการระดับเขต และประเทศ |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 6. เพื่อสร้างแรงจูงใจและยกย่องเชิดชูเกียรติผู้สร้างผลงานวิจัย หรือนวัตกรรมที่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคสำคัญของจังหวัด หรือได้รับรางวัลในระดับประเทศ | 3.1 <u>จัดหลักสูตรฝึกอบรม</u> และกำหนดให้ผู้ผ่านการอบรม/ผู้ที่ได้รับรางวัลทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนงานวิจัยในระดับ node/CUP<br>4.1 <u>ลงนามความร่วมมือ MOU</u> กับหน่วยงานวิชาการสถาบันการศึกษาเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการผลิตผลงานวิจัย และเป็น Coaching หรือ Mentor<br>5.1 <u>จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้</u>และนำเสนอผลงานนวัตกรรมระดับจังหวัด ระดับ Node โดยแบ่งตามปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ<br>5.2 <u>ขยายผลผลงาน</u>ที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ/เขต/Best practice ไปใช้ในพื้นที่อื่น ผ่านเวทีระดับจังหวัด<br>6.1 <u>รางวัล ขั้นเงินเดือนพิเศษ</u>ให้แก่บุคคลหรือทีมชื่อเสียง<br>ระดับประเทศ<br>6.2 ประกาศเกียรติคุณในเวที กวป. สสจ. ขอนแก่น | | | 3.5 ร้อยละ30 ของผู้เข้าประชุมได้รับรางวัล ระดับเขตและประเทศ<br>4. เกิดความร่วมมือด้านวิชาการในหน่วยงานวิชาการต่างๆในจังหวัดขอนแก่น<br>5. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลงานนวัตกรรมระดับแม่ข่าย และระดับจังหวัด<br>6. ร้อยละ 100 ของบุคลากรมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด |

**ยุทธศาสตร์ที่ 4** การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล

**เป้าประสงค์ที่ 7** มีเทคโนโลยีนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ

**ตัวชี้วัดที่ 34** จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัลและมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพื่อยกระดับระบบบริการของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ | 1.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน<br><br>2.สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาโรงพยาบาลระดับอำเภอเข้าสู่องค์กรดิจิทัล เช่น การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ระบบ Dashboard บริหารข้อมูลแบบ Real-time<br>3.ประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์ Smart Hospital (ฉบับปี 2569) ครอบคลุม 4 ด้าน | 1.ผู้รับผิดชอบ IT / ผู้ดูแลระบบโรงพยาบาล สังกัด สสจ.ขอนแก่น ทุกแห่ง | ไตรมาสที่ 1<br><br>ไตรมาสที่ 2 และ 4 | 1.โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 26 รพ. (ร้อยละ 100)<br>2.ระดับเพชร ไม่น้อยกว่า 13 แห่ง ภายในเดือน ก.ค. 2569 (ร้อยละ 50) |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 2.เพื่อยกระดับมาตรการความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ให้เป็นไปตามกรอบ Cybersecurity Technical Asessment Matrix Plus : (CTAM+) และมาตรการป้องกันเหตุการณ์วิกฤต (Critical Incident) กระทรวงสาธารณสุข | 4.ชี้แจงเกณฑ์ประเมินระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ของหน่วยบริการตามมาตรฐาน Cybersecurity Technical Asessment Matrix Plus : (CTAM+) และมาตรการป้องกันเหตุการณ์วิกฤต (Critical Incident)<br>5.ยกระดับความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ ตามเกณฑ์ประเมิน (CTAM+)และมาตรการป้องกันเหตุการณ์วิกฤต (Critical Incident)<br>6.พัฒนาบุคลากรด้าน IT/ผู้ดูแลระบบ ให้มีทักษะด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์<br>7.กำกับติดตามผ่าน Dashboard การเฝ้าระวังเหตุการณ์ภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Security Incident) CSOC ระดับจังหวัด | ผู้รับผิดชอบ IT / ผู้ดูแลระบบโรงพยาบาล สังกัด สสจ.ขอนแก่น ทุกแห่ง | ไตรมาสที่ 1<br>ไตรมาสที่ 2<br>ไตรมาสที่ 1-4<br>ไตรมาสที่ 2-4 | 2.โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินไซเบอร์ภายใต้กรอบ CTAM+ ระดับสูง ทุกแห่ง<br>จำนวน 26 รพ.<br>(ร้อยละ 100) |

**ยุทธศาสตร์ที่ 4** การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล

**เป้าประสงค์ที่ 8** มีเทคโนโลยีนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ

**ตัวชี้วัดที่ 35** โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.สรุปผลการดำเนินงาน และชี้แจงนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ปี 2569 | 1.ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ปี 2568 ชี้แจงนโยบายการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และวางแผนการดำเนินงาน ปี 2569 | - ผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน จาก รพ.ทุกแห่ง<br>- ที่ปรึกษาคุณภาพโรงพยาบาล จ.ขอนแก่น<br>รวมจำนวน 45 คน | ไตรมาส 1 | - กลุ่มเป้าหมายรับทราบนโยบาย / แนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ปี 2569 เป็นไปในทิศทางเดียวกัน<br>- มีแผนงาน/แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด |
| 2.พัฒนาความรู้บุคลากร<br>ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน<br>HS4 / HA | 2.ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ สร้างการเรียนรู้กระบวนการคุณภาพ | - ทีมนำ / ผู้ประสานงาน รพ.<br>- เครือข่ายพี่เลี้ยงคุณภาพ (QLN)<br>รวมจำนวน 45 คน | ไตรมาส 2 | - บุคลากรโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพ /ความรู้ แนวคิดกระบวนการคุณภาพเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของ รพ. |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 3.พัฒนาทักษะ ความรู้ บุคลากรด้านการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล | 3.อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล บูรณาการร่วมกับ รพ.ขอนแก่น ผ่านระบบ Online | - ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) | ไตรมาส 2-3 Online | - บุคลากรโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพ /ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย |
| 4.สรุปผลการดำเนินงาน ด้านความปลอดภัย (2P Safety) ที่ผ่านมา แลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนการดำเนินงาน | 4..ประชุมนำเสนออุบัติการณ์ความเสี่ยง (2P Safety) และความรุนแรงใน รพ. ระดับจังหวัด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำงาน | ผู้รับผิดชอบงาน 2P safety / ความรุนแรงในสถานพยาบาล จำนวน 45 คน | ไตรมาส 2 | - มีแนวทางปฏิบัติที่ดีในการทำงานเพื่อป้องกันความเสี่ยง/ความรุนแรงใน รพ. และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกัน |

**2.แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1.เตรียมความพร้อมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA | 3.ประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมเตรียมความพร้อมให้กับโรงพยาบาล (Pre Survey) | รพ.ที่มสมัครเข้าร่วมกิจกรรม (7 แห่ง) | ไตรมาส 2-4 | - รพ. มีความพร้อมในการรับการเยี่ยมประเมินรับรองจากหน่วยงานภายนอก<br>-รพ.กลุ่มเป้าหมายผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานHS4/HA |
| 2.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ | 2.ประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานที่ผ่านมา<br>- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานประเมินความพึงพอใจ ปี 2569<br>- แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานจากโรงพยาบาลต้นแบบ | - ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบความพึงพอใจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล<br>จำนวน 26 แห่ง | ไตรมาส 2<br>Online | - มีแผน /Timeline การดำเนินงาน ปี 2569<br>- โรงพยาบาลดำเนินการประเมินความพึงพอใจ ผู้ป่วยนอก ได้ครบถ้วน ทันเวลา ตามแนวทางที่กำหนด<br>- เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับปรุงบริการ การพัฒนาระบบระหว่างโรงพยาบาล<br>นำไปสู่การจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ<br>-ผู้รับบริการเกิดความพึงพอในระบบบริการสุขภาพ |

**ยุทธศาสตร์ที่ 4** การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล

**เป้าประสงค์ที่ 8** มีเทคโนโลยีนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ

**ตัวชี้วัดที่ 36** จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาศักยภาพเป็นองค์กรสมรรถนะสูง Smart สสอ. (ด้าน คบ.)

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| **วัตถุประสงค์** | **กิจกรรมหลัก** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส)** | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| เพื่อพัฒนา และยกระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้มีศักยภาพเป็นองค์กรสมรรถนะสูง (High-Performance Organization) ภายใต้แนวคิด Smart สสอ. ด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีระบบบริหารจัดการ บริการประชาชน และกำกับสถานประกอบการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และความพึงพอใจสูง | 1. ดำเนินการจัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการประชาชนตามภารกิจของศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหวัดขอนแก่น Infrastructure Development & Facility Improvement<br>2. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และระบบบริการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ Reskill & Upskill Workshop for Service System Development | 1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 6 แห่ง (ซำสูง ภูผาม่าน มัญจาคีรี สีชมพู อุบลรัตน์ กระนวน)<br>2.เจ้าหน้าที่ คบส. ระดับอำเภอ | ไตรมาส 1 และ2 | 1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และผ่านเกณฑ์การประเมินองค์กรสมรรถนะสูง (Smart สสอ.) ด้านคุ้มครองผู้บริโภค<br>2. เจ้าหน้าที่มีสมรรถนะสูงขึ้น ทั้งในด้านความรู้ ทักษะและทัศนคติ ผ่านการพัฒนาแบบ Reskill–Upskill<br>3. ประชาชนได้รับบริการด้านคุ้มครองผู้บริโภค ที่สะดวก รวดเร็ว โปร่งใส และได้มาตรฐานเดียวกันทุกอำเภอ ความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 |

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา ดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| | 3. ลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จและระบบบริการศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ (6 แห่ง) Field Visit for Knowledge Exchange and Best Practice Learning | | | 4. เกิดต้นแบบ ศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ (One Stop Service) ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในจังหวัดขอนแก่น<br>5. สร้างเครือข่ายการคุ้มครองผู้บริโภคเข้มแข็ง ระหว่าง สสอ.–อปท.–ภาคประชาชน–ผู้ประกอบการ |

**ยุทธศาสตร์ที่ 4** การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล

**เป้าประสงค์ที่ 9** มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

**ตัวชี้วัดที่ 37** โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ

**1.แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| 1. เพื่อกำกับติดตาม/ตรวจประเมินประสิทธิภาพของผลการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง และพัฒนาด้านการจัดเก็บรายได้เครือข่ายหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2569 | 1.1 จัดประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) จังหวัดขอนแก่น | คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง | ไตรมาส 1, 2, 3, 4 | เพื่อติดตามสถานการณ์ทางการเงินหน่วยบริการในสังกัด ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงทางการเงินตามเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงทางการเงินระดับ 7<br>การบริหารต้นทุน การให้บริการ การควบคุมกำกับแผนทางการเงิน Planfin แผนเงินบำรุง การนำเสนอแผนการพัฒนาประสิทธิภาพทางการเงิน และให้คำแนะนำในการดำเนินงานเพิ่มเติม รวมทั้งเพื่อจัดสรรปรับเกลี่ยเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่หน่วยบริการ และหารือการบริหารจัดการเงินกัน Virtual Account จังหวัดขอนแก่น เพื่อตามจ่ายแทน CUP กรณีส่งต่อ/อุบัติเหตุ/ฉุกเฉินและบริการ OP Anywhere ในจังหวัดขอนแก่น |
| | 1.2 คณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพทางการเงิน (พปง.) ออกตรวจเยี่ยมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลังฯ | ไตรมาส 1, 2, 3, 4 | 1. เยี่ยมเสริมพลังติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ<br>2. เฝ้าระวังความเสี่ยงทางด้านการเงินไม่ให้ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงินและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ปัญหา |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้บริหารและผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลในการบริหารด้านการเงินการคลัง และการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงาน และควบคุมกำกับสถานการณ์ทางการเงินให้เหมาะสมและมีธรรมมาภิบาล | 2.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้และติดตามกการดำเนินงานในระบบ I-Claim | 1. หัวหน้างานประกันสุขภาพของ รพ.<br>2. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องศูนย์จัดเก็บรายได้ของ รพ.<br>3. ผู้รับผิดชอบงาน IT ของ รพ.<br>4. เจ้าหน้าที่จาก สสจ.ขอนแก่น | ไตรมาส 2 | 1. พัฒนาความรู้และทักษะผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานการเงินการคลังของโรงพยาบาลในการใช้งานระบบ I-Claim<br>2. พัฒนาการจัดเก็บรายได้, คุณภาพเวชระเบียน, การบริหารลูกหนี้ค่ารักาพยาบาล และพัฒนาระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ อย่างเป็นระบบ |
| | 2.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาระบบการเงินการคลังของหน่วยบริการในจังหวัดขอนแก่น | 1. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องศูนย์จัดเก็บรายได้ของ รพ.<br>2. นักบัญชี<br>3. เจ้าหน้าที่ สสจ./รพ. ในจังหวัดขอนแก่น | ไตรมาส 2 | - หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผ่านระบบ Financial Data Hub : FDH ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา โดยมีการติดตามด้วยตัวชี้วัด คือ หน่วยบริการมีการติด C ในระบบ FDH น้อยกว่าร้อยละ 5 ซึ่งเป็นการยกระดับและพัฒนาคุณภาพ การจัดเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขับเคลื่อนตามนโยบายสุขภาพดิจิทัล |
| | 2.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้โดยการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการทุกสิทธิ | 1. หัวหน้างานประกันสุขภาพของ รพ.<br>2. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องศูนย์จัดเก็บรายได้ของ รพ.<br>3. ผู้รับผิดชอบงาน IT ของ รพ.<br>4. นักบัญชี<br>5. เจ้าหน้าที่ สสจ./รพ. ในจังหวัดขอนแก่น | ไตรมาส 2 | - หน่วยบริการสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังและการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ให้สามารถดำเนินงาน ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการผ่านระบบ Finance Data Hub การแก้ไขปัญหาติด C เพื่อลดอัตราการปฏิเสธการจ่ายเงิน จากกองทุนสิทธิต่าง ๆ |
| | 2.4 ศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้และการบริหารลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล | 1. หัวหน้างานประกันสุขภาพของ รพ.<br>2. ผู้รับผิดชอบลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล งานประกันฯ<br>3. ผู้รับผิดชอบลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล งานบัญชี<br>4. เจ้าหน้าที่จาก สสจ.ขอนแก่น | ไตรมาส 3 | - หน่วยบริการสามารถพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง โดยเฉพาะการจัดเก็บรายได้และการบริหารลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง โปร่งใส และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนบริหารจัดการในหน่วยบริการได้ |

**ยุทธศาสตร์ที่ 5** ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงาม และแพทย์แผนไทย

**เป้าประสงค์ที่ 10** ประชาชนและนักท่องเที่ยวได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและบริการ รวมถึงเพิ่มมูลค่าสินค้าและบริการทางสุขภาพ

**ตัวชี้วัดที่ 38** ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพตามเกณฑ์

**แผนปฏิบัติการระดับพื้นที่**

| วัตถุประสงค์ | กิจกรรมหลัก | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลาดำเนินการ (ไตรมาส) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
|---|---|---|---|---|
| เพื่อส่งเสริมและพัฒนาประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งด้านอาหาร สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย โดยเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์จังหวัดขอนแก่น “ประเด็นการพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพของจังหวัดขอนแก่นอย่างยั่งยืน “ | 1.โครงการขอนแก่น Smart FDA Data Center เชื่อมโยงข้อมูลสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบบูรณาการ Wellness Directory<br>2.โครงการ Khon Kaen Wellness Roadshow สินค้าดี บริการเด่น ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพสู่สากล<br>3.โครงการยกระดับ Smart สสอ.สู่ศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จต้นแบบเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างยั่งยืน<br>4.โครงการขับเคลื่อนผู้ประกอบการเศรษฐกิจสุขภาพสู่เมืองนวัตกรรมสุขภาพขอนแก่น<br>5.โครงการยกระดับเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสู่เมืองต้นแบบ Wellness & Medical Hub ขอนแก่น ได้แก่ สาวะถี, อุบลรัตน์,ภูผาม่าน, สีชมพู, ภูเวียง,เวียงเก่า)<br>6.โครงการขอนแก่นเมืองสุขภาพ ยกระดับ สถานประกอบการสู่มาตรฐาน Wellness Center (กรมแพทย์แผนไทย)<br>7.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย (การนวดไทยเฉพาะทาง)<br>8.โครงการพัฒนาระบบกำกับดูแลและเฝ้าระวังการใช้สมุนไพรควบคุม (กัญชา) อย่างปลอดภัยและได้มาตรฐาน | 1. วิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจรายย่อย และสถานที่ผลิตที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน 100 ราย (อาหาร 75 รายเครื่องสำอาง 10 ราย สมุนไพร 10 ราย และวัตถุอันตราย 5 ราย) (เป้าหมายร่วม พช. อุตสาหกรรม เกษตร)<br>2.คณะทำงานเศรษฐกิจสุขภาพระดับอำเภอ 4 โซน | ไตรมาสที่ 1 และ 2 | เศรษฐกิจสุขภาพ :<br>1.ร้อยละ 95 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริม เป้าหมายขั้นต่ำ อำเภอละ 1 ผลิตภัณฑ์<br>2.ผลิตภัณฑ์ที่ส่งเสริมได้รับอนุญาตไม่น้อยกว่า 55 รายการ (ตามตัวชี้วัด)<br>3.ผลิตภัณฑ์สุขภาพของจังหวัดขอนแก่นได้รับรางวัลระดับชาติอย่างน้อย 1 รายการ<br>4.มูลค่าทางผลิตภัณฑ์เศรษฐกิจสุขภาพของจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง |

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์ที่ 1</td><td>สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน</td></tr>
<tr><td>เป้าประสงค์ที่ 1</td><td>ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 1</td><td>ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 19-59 ปี ได้รับการประเมิน BMI ร้อยละ 60 ขึ้นไป มีค่า BMIปกติ ร้อยละ 50 ขึ้นไป ผู้มี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน ได้รับการปรับพฤติกรรมและมีค่า BMI ลดลง</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>
ประชาชนวัยทำงาน หมายถึง<br>
1. ประชาชนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นที่มีอายุ 19 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน จากระบบฐานข้อมูล Health Datacenter (HDC) ทั้งหมด ในรอบปีงบประมาณ 2569<br>
2. บุคลากรสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้งหมด ที่มีอายุ 19 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ในรอบปีงบประมาณ 2569<br>
ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) หมายถึง<br>
ค่าซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม กับส่วนสูงเป็นเมตร<br>
หน่วยวัดเป็นกิโลกรัม/เมตร$^2$<br>
สูตรคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = <u>น้ำหนัก (กิโลกรัม)</u><br>
ส่วนสูง (เมตร)xส่วนสูง (เมตร)<br>
การแปลผลค่าดัชนีมวลกาย ดังนี้
<table>
<tr><td>ค่าBMI</td><td><18.5</td><td>18.5 - 22.9</td><td>23 - 24.9</td><td>25 - 29.9</td><td>≥30</td></tr>
<tr><td>การแปรผล</td><td>ผอม</td><td>ปกติ</td><td>น้ำหนักเกิน</td><td>อ้วน<br>ระดับ 1</td><td>อ้วน<br>ระดับ 2</td></tr>
</table>
BMI ปกติ หมายถึง ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI ตั้งแต่ 18.5 ถึง 22.9<br>
BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม มีค่า BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป<br>
การปรับพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์สู่พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ ด้วยหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร : หลากหลาย/ประโยชน์/ปริมาณเหมาะสม<br>
ออกกำลังกาย : เพิ่มกิจกรรมทางกายที่เหมาะกับวิถีชีวิต<br>
อารมณ์ : รู้ทันจิตใต/สมาธิ/แนวคิดเชิงบวก<br>
Health Model หมายถึง ตัวอย่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
1. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ทั้งหมด ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ครอบคลุมร้อยละ 60 ขึ้นไป<br>
2. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ทั้งหมด ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 50 ขึ้น<br>
3. บุคลากรสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้งหมด ที่มีอายุ 19 ถึง 59 ปี ในรอบปีงบประมาณ 2569 ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีค่า BMI ลดลง (หรือไม่เพิ่มขึ้น) และเกิด Health Model อำเภอละอย่างน้อย 1 คน หรือ 1 กลุ่ม
</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>
1. เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ได้รับการประเมินค่า BMI<br>
2. เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีค่า BMI ลดลง
</td></tr>
<tr><td>กลุ่มเป้าหมาย</td><td>
1. ประชาชนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุ 19 ถึง 59 ปี จากระบบฐานข้อมูล Health Datacenter (HDC) ทั้งหมด ในรอบปีงบประมาณ 2569<br>
2. บุคลากรสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้งหมด ที่มีอายุ 19 ถึง 59 ปี ในรอบปีงบประมาณ 2569
</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานผลการประเมินภาวะโภชนาการ โดย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ดัชนีมวลกาย จากระบบฐานข้อมูล Health Datacenter (HDC) |
| **แหล่งข้อมูล** | ระบบฐานข้อมูล Health Datacenter (HDC) * รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย |
| **รายการข้อมูล** | 1. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง<br>A = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทั้งหมด<br>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยามทั้งหมด<br>2. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI ปกติ ร้อยละ 50 ขึ้นไป<br>A = จำนวนประชากรวัยทำงานตามนิยามที่มีค่า BMI 18.5 ถึง 22.9<br>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยามทั้งหมด<br>3. บุคลากรสาธารณสุขตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน<br>A = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขตามคำนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป<br>B = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขตามคำนิยามทั้งหมด<br>4. บุคลากรสาธารณสุขตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ<br>A = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขตามคำนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ<br>B = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขตามคำนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป<br>5. บุคลากรสาธารณสุขตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพแล้วค่า BMI ลดลง<br>A = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขตามคำนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ค่า BMI ลดลง<br>B = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขตามคำนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ<br>6. จำนวน Health Model อำเภอละอย่างน้อย 1 คน หรือ 1 กลุ่ม |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ร้อยละ 60 ขึ้นไป<br>A = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทั้งหมด<br>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยามทั้งหมด สูตรคำนวณ คือ A/Bx100<br>2. ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม ที่มีค่า BMI ปกติ ร้อยละ 50 ขึ้นไป<br>A = จำนวนประชากรวัยทำงานตามนิยามที่มีค่า BMI 18.5 ถึง 22.9<br>B = จำนวนประชาชนวัยทำงานตามนิยามทั้งหมด สูตรคำนวณ คือ A/Bx100<br>3. บุคลากรสาธารณสุขตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพแล้วค่า BMI ลดลง<br>A = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขตามคำนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ค่า BMI ลดลง<br>B = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขตามคำนิยาม มีค่า BMI 23 ขึ้นไป ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ สูตรคำนวณ คือ A/Bx100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569 |

**วิธีการประเมิน**

| รายการ | เป้าหมาย | คะแนน | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|
| 1.ประชาชนวัยทำงาน 19-59 ปีได้รับการประเมิน BMI ในรอบปี 2569 | ร้อยละ 60 ขึ้นไป | 1 คะแนน | ร้อยละ 50 ขึ้นไป = 0.5<br>ร้อยละ 60 ขึ้นไป = 1 |
| 2.ประชาชนวัยทำงาน 19-59 ปี มีค่า BMI ปกติ | ร้อยละ 50 ขึ้นไป | 1 คะแนน | ร้อยละ 40 ขึ้นไป = 0.5<br>ร้อยละ 50 ขึ้นไป = 1 |
| 3.การจัดทำแผนงาน/โครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับบุคลากรสาธารณสุข | มีแผนงาน/โครงการ | 1 คะแนน | - ระบบ Kopa หรือเอกสารประกอบการนิเทศงาน |
| 4.บุคลากรสาธารณสุข ร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพ แล้ว ค่า BMI ลดลง | BMI ลดลง ร้อยละ 3 | 1 คะแนน | BMI ลดลง = 0.5<br>BMI ลดลง ร้อยละ 3 ขึ้นไป = 1 |
| 5.แบบอย่างผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ | 1 คนหรือ 1 กลุ่ม | 1 คะแนน | ภาพกิจกรรมหรือผลงาน |
| รวม 5 รายการ | รวมคะแนน | 5 คะแนน | |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| 1. ประมวลผลข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนวัยทำงานตามนิยาม<br>2. จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย บุคลากรสาธารณสุขตามนิยาม | 1. ประเมินภาวะโภชนาการของบุคลากรสาธารณสุขตามนิยามโดย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ดัชนีมวลกาย<br>2. จัดทำทะเบียนกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน<br>3. จัดกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรสาธารณสุขตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานภายใน ระยะเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ | 1. จัดกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรสาธารณสุขตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานภายใน ระยะเวลา อย่างน้อย 12 สัปดาห์ (ต่อ)<br>2. ประเมินภาวะโภชนาการบุคลากรสาธารณสุขตามนิยาม ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานแล้วได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ดัชนีมวลกาย ครั้งที่ 2<br>3. ประมวลผลการดำเนินงาน | สรุปผลการดำเนินงาน |

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)<br>(ปี 2566 -2568)</td><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)
<table>
<tr><td colspan="4">Baseline data (Health Datacenter (HDC))</td></tr>
<tr><td colspan="4">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</td></tr>
<tr><td></td><td>ปีงบประมาณ 2566</td><td>ปีงบประมาณ 2567</td><td>ปีงบประมาณ 2568</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย(คน)</td><td>741,772</td><td>734,429</td><td>727,785</td></tr>
<tr><td>ความครอบคลุม(ร้อยละ)</td><td>48.89</td><td>42.37</td><td>41.46</td></tr>
<tr><td>BMI ปกติ(ร้อยละ)</td><td>52.41</td><td>48.30</td><td>48.40</td></tr>
<tr><td>BMI เกิน(ร้อยละ)</td><td>43.19</td><td>46.63</td><td>46.74</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>1. นายสุรัตน์ หินวิเศษ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โทรศัพท์ 06 1087 1928 Email : heavyaiforai@gmail.com<br>2. นางลัดดาวัลย์ เทียมกลาง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>โทรศัพท์ 09 4289 5424 Email : laddawan6633@gmail.com<br>3. นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ<br>หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 08 5395 6466 Email : narinratkaewla@gmail.com</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 1** | ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม |
| **ตัวชี้วัดที่ 2** | ระดับคะแนนความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke, Pneumonia และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด<br>1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค Stroke Pneumonia และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด<br>2. ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง Stroke Pneumonia และภาวะ Sepsis (ตามเอกสาร1) |
| **คำนิยาม** | 1. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง<br>1.1. ความรู้และทักษะของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ ที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม<br>1.2. ความรู้และทักษะของ ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง Stroke Pneumonia และภาวะ Sepsis ที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง ความเข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม<br>2. **อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพ** เป็นตัวชี้วัดที่วัดจากการ<br>2.1. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ และเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ/หมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ (Health Literate Communities: HLC) ซึ่งจัดโดยสถานบริการสุขภาพที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) การประเมินใช้ระบบการประเมินจากเว็บไซต์กองสุขศึกษา (https://hed.hss.moph.go.th/) และ (Link 5 โรค )<br>2.2. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง Stroke Pneumonia และภาวะ Sepsis และเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ/หมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ (Health Literate Communities: HLC) ซึ่งจัดโดยสถานบริการสุขภาพที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) การประเมิน ผ่านทาง (Link 5 โรค )<br>3. **หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแนวปฏิบัติ (practices)การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพในหน่วยบริการของตนเองได้อย่างเหมาะสม<br>4. **กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการป้องกันโรค Stroke Pneumonia และภาวะ Sepsis<br>5. **ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง หมู่บ้านที่อยู่ในตำบลเดียวกันมีการดำเนินงานพัฒนาให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิต สามารถป้องกันโรคและภัยสุขภาพแก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |

| | |
|---|---|
| | 6. **ผู้ป่วยโรคเบาหวาน** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลตามเกณฑ์ได้<br>7. **ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ได้<br>8. **โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)** คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก<br>9. **ภาวะ** Sepsis หมายถึง **Community-acquired sepsis** ที่เป็นการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยอัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด จาก community-acquired sepsis เพียงอย่างเดียว<br>10. **โรคPneumonia** หมายถึง ปอดอักเสบในชุมชนที่เกิดจากการติดเชื้อที่เกิดนอกโรงพยาบาลโดยไม่รวมปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1</u><br>1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 (กองสุขศึกษา)<br>2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน /โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Link 5 โรค ) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80<br>3. จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน /โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ ร่วมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80<br>4. อำเภอละ 2 ตำบล (ทุกหมู่บ้าน/ตำบล)<br><u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</u><br>1. ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **มีความรอบรู้**ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง Stroke Pneumonia และภาวะ Sepsis และตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80<br>2. จำนวนประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **ร่วมประเมิน**ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 (Link 5 โรค ) (ตามเอกสาร1)<br>3. ทุกอำเภอ |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<br>2. เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะทำงานในการขับเคลื่อนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน<br>3. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ/ ชุมชน ในการป้องกันจากโรคในการป้องกันโรค Stroke โรค Pneumonia และภาวะ Sepsis |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1</u><br>1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์<br>2. 26 อำเภอๆละ 2 ตำบล(ทุกหมู่บ้าน/ตำบล) |

| | |
|---|---|
| **กลุ่มเป้าหมาย(ต่อ)** | <u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2</u><br>1. จำนวนประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<br>2. ทุกอำเภอ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. รายงานผลการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Health Gate การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ<br>2. รายงานจาก รพ.สต./PCU/สสอ./รพช./รพท.<br>3. รายงานจากคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรงพยาบาล/PCU/รพ.สต.<br>4. รายงานผลการดำเนินงาน อสม.คัดกรอง/เยี่ยมบ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับ 5 โรคสำคัญ (โรค Pneumonia และภาวะ Sepsis ) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค Pneumonia และภาวะ Sepsis ผ่านทางรายงานจาก รพ.สต./PCU/สสอ./รพช./รพท.และ (Link 5 โรค ) |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. ฐานข้อมูลจาก รพ.สต./PCU//รพช./รพท.<br>2. โปรแกรมการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ<br>3. ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรงพยาบาล/PCU/รพ.สต.<br>4. Link 5 โรค |
| **รายการข้อมูล** | 1. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 (กองสุขศึกษา)<br>A = จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมด<br>B = จำนวนผู้ป่วย DM/HT ทั้งหมดที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ รอบปีงบประมาณ 256<br>2. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ ร่วมกิจกรรมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80<br>A = จำนวนผู้ป่วย DM/HTที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ ร่วมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งหมด<br>B = จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2569<br>3. ร้อยละประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **มีความรอบรู้**ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง Stroke Pneumonia และภาวะ Sepsis มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80<br>A = จำนวนประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **มีความรอบรู้**ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง Stroke Pneumonia และภาวะ Sepsis ทั้งหมด<br>B = จำนวนประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2569<br>4. ร้อยละการขับเคลื่อนงานชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพของอำเภอ ด้วยกระบวนการ TPAR (ตำบล/ ทุกหมู่บ้าน) ร้อยละ 100<br>A = จำนวนอำเภอขับเคลื่อนงานความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการ TPAR<br>B = จำนวนอำเภอขับเคลื่อนงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมด ปี2569 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **1. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง** ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ **มีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ≥ ร้อยละ 85 (กองสุขศึกษา) และ Link 5 โรค ≥ร้อยละ 80**<br>$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ทั้งหมด} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2569}}$ |

| | |
|---|---|
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ต่อ)** | **2. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงร่วมกิจกรรมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ≥ร้อยละ 80**<br>จำนวนผู้ป่วย DM/HT ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ ที่ร่วมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมด x 100 / จำนวนผู้ป่วย DM/HT ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ รอบปีงบประมาณ 2569<br>**3. ร้อยละประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโรค Pneumonia และภาวะ Sepsis ร้อยละ 80 (Link 5 โรค)**<br>จำนวนประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมด x 100 / จำนวนประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2569<br>**4. ร้อยละชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพของอำเภอขับเคลื่อนงาน ด้วยกระบวนการ TPAR (ตำบล/ทุกหมู่บ้าน) ร้อยละ 100**<br>จำนวนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพของอำเภอขับเคลื่อนด้วยกระบวนการ TPAR x 100 / จำนวนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพของอำเภอ 2ตำบล (ตำบล/ทุกหมู่บ้าน) ทั้งหมด ปี2568 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน |
| **วิธีการประเมิน** | |

Small Success ปี 2569

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| 1. ประชุมชี้แจงแนวทางในการดำเนินงาน/ Intervention/ระบบข้อมูล (สสจ.;ปฐมภูมิ/พนย./NCDs, พร.),รพ.,สสอ.<br>2. ทบทวน/แต่งตั้ง คณะทำงานระดับจังหวัด<br>3. การสร้างเครื่องมือสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ | 1.พัฒนา Health Coach ระดับอำเภอ PM/สสอ. และอสม (จนท.ปฐมภูมิ รพ.1, สสอ.1,อสม.อำเภอละ2 คน) การให้ความรอบรู้/ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคัดกรองภาวะติดเชื้อ ในกลุ่มเป้าหมาย<br>2. ติดตามการดำเนินงาน และเยี่ยมเสริมพลัง<br>3. Monitor การดำเนินงาน การสร้างความรอบรู้ของ CUP จากโปรแกรม Health Gate กองสุขศึกษา<br>3. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน รอบที่ 1<br>4. คืนข้อมูล/ปัญหา ในการดำเนินงานให้ CUP เพื่อการพัฒนา | Monitor การดำเนินงานการสร้างความรอบรู้ของ CUP หลังคืนข้อมูล/แก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ดังนี้<br>1.การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน มิถุนายน 2569) ของ 2 กลุ่มเป้าหมายหลัก<br>2. คืนข้อมูล/ปัญหา ในการดำเนินงานให้ CUP เพื่อการพัฒนา<br>2.1 ความรอบรู้ของกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม<br>2.2 จำนวนกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมกิจกรรม (Intervention)<br>3. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน รอบที่ 2 | Monitor การดำเนินงานการสร้างความรอบรู้ของ CUP หลังคืนข้อมูล/แก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ดังนี้<br>1.การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังร่วมกิจกรรม (ภายในเดือน มิถุนายน 2569) ของ 2 กลุ่มเป้าหมายหลัก<br>1.1 ผู้ป่วย DM/HTที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา) ≥ร้อยละ 85<br>1.2 ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ≥ ร้อยละ 80<br>2. คืนข้อมูล/ปัญหา ในการดำเนินงานให้ CUP เพื่อการพัฒนา<br>3.สรุปผลการดำเนินงาน |

| ระดับพื้นที่ (CUP) | | | |
|---|---|---|---|
| 1.อำเภอเลือก 2 ตำบล (ตำบล/ทุกหมู่บ้าน)<br>2.มีคณะทำงาน<br>3) ตำบลมีระบบฐานข้อมูล/ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน /โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์<br>4) ตำบลมีแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหา 5 โรค | 1. พัฒนา Health Coach ระดับตำบล/หมู่บ้าน<br>2.การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนร่วมกิจกรรม (ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2569) ทั้ง 2 กลุ่มเป้าหมาย<br>3. วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาจากการประเมินความรอบรู้<br>4. สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามประเด็นที่ยังพบปัญหา<br>5. จัดบัดดี้ Health Love ระหว่าง กลุ่มป่วยDM-HT ที่ไม่สามรถควบคุมได้ กับ Health Coach<br>6. ติดตามการเยี่ยมบ้านและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | ขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชน ได้แก่<br>1.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย (Intervention เช่น 3อ.2ส.1ย 3อ.3ส.1น. ฯลฯ)<br>2. ติดตามเยียมบ้านกลุ่มเป้าหมาย<br>3. ติดตามความก้าวหน้าตามTimeline<br>4. ประเมินความรอบรู้และพฤติกรรม สุขภาพหลังร่วมกิจกรรม | วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา จากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของ 2 กลุ่มเป้าหมายหลัก ดังนี้<br>1. ผู้ป่วย DM/HT ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา) ≥ร้อยละ 85<br>2. ผู้ป่วย DM/HT ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค Stroke Pneumonia และภาวะ Sepsis<br>3. ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ≥ ร้อยละ 80<br>4. สรุปและรายงานผล |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ตัวชี้วัด | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2566 | 2567 | 2568 |
| | | | | | |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1. นางวรรณกร ตาบ้านดู่ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
**โทรศัพท์** 0635835552 **e-mail :** fnmyi89k@gmail.com
2. นางอนุรักษ์ สะตะ **ตำแหน่ง** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
**โทรศัพท์มือถือ** 0896176378 **หัวหน้ากลุ่มงาน**ปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 3** | จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Plus (พชอ. Plus) |
| **คำนิยาม** | **การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)** หมายถึง กระบวนการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในอำเภอ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น โดยใช้หลักการบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาพื้นที่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561<br>**องค์ประกอบของ UCCARE** ประกอบด้วย<br>1. Unity Team : การทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอเพื่อเป้าหมายสุขภาพเดียวกัน<br>2. Community Participation : การเปิดโอกาสให้ชุมชนและเครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดำเนินงานด้านสุขภาพ<br>3. Customer Focus : การยึดประชาชนและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาวะที่ดีขึ้น<br>4. Appreciation and Quality : การทำงานที่สร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง<br>5. Resource sharing : การจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด<br>6. Essential care : การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทของชุมชน<br>**เกณฑ์คุณภาพ** หมายถึง มีผลการดำเนินงาน ดังนี้<br>1. มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. แบบบูรณาการทรัพยากร คน เงิน ของข้อมูล องค์ความรู้ จากทุกภาคส่วน “One project One plan”<br>2. มีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ<br>3. มีผลการดำเนินการรายประเด็น ดังนี้<br>3.1 ปัญหาการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน<br>1) อัตราตายไม่เกิน 14.17 ต่อแสนประชากร<br>2) อัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจาก RTI ในกลุ่มอายุ 1-18 ปี ลดลงร้อยละ 5<br>3.2) สรุปผลการดำเนินงานประเด็นปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่<br>4. ผลการดำเนินงาน พชอ. 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2566 – พ.ศ. 2568) ได้รับรางวัล และ/หรือ เสนอขอรับรางวัลในเวทีระดับชาติขึ้นไป<br>**อำเภอ** หมายถึง หน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 26 อำเภอ |

<table>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>1. ระดับประเทศ (878 อำเภอ) เป้าหมายอำเภอ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 89<br><table><tr><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</td><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570</td></tr><tr><td>ร้อยละ 90</td><td>92</td></tr></table><br>2. ระดับจังหวัด (26 อำเภอ) อำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100<br><table><tr><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</td><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570</td></tr><tr><td>ร้อยละ 100</td><td>100</td></tr></table><br>3. ระดับอำเภอ เกณฑ์เป้าหมายระดับอำเภอ<br>ผ่านเกณฑ์คุณภาพ พชอ. Plus ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 100<br>5 คะแนน = ดีเยี่ยม<br>4 คะแนน = ดีมาก<br>3 คะแนน = ดี<br>2 คะแนน = พอใช้</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561</td></tr>
<tr><td>กลุ่มเป้าหมาย</td><td>ทุกอำเภอ (26 อำเภอ)</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1. ผลการประเมินตนเอง ตามแนวทาง UCCARE ก่อน – หลังดำเนินการ รายประเด็น<br>2. PHER Plus (ระบบข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ)<br>3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปี 2569<br>4. รายงานการเสียชีวิตใน HDC สสจ.ขอนแก่น</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1. โปรแกรม CL UCCARE<br>2. PHER Plus (ระบบข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ)<br>3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปี 2569<br>4. ข้อมูลรายงาน HDC สสจ.ขอนแก่น<br>5. เอกสารประกอบการนิเทศงานของอำเภอ ที่เตรียมเพื่อรับการนิเทศงานประจำปี 2569<br>6. เอกสาร และ/หรือ ผลการเสนอขอรับรางวัลในเวทีระดับชาติขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล</td><td>1. คำสั่งคณะกรรมการ พชอ. และ อนุกรรมการ พชอ. รายประเด็นที่เป็นปัจจุบัน<br>2. รายงานการประเมินตนเองระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE ก่อน – หลังดำเนินการ<br>3. แผนขับเคลื่อนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ<br>4. แผนดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รายประเด็น ประจำปี พ.ศ. 2569<br>5. รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปี พ.ศ. 2569</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>1. ระดับจังหวัด (A/B)x100<br>A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ<br>B = จำนวนอำเภอเป้าหมาย 26 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลา</td><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **ประเมินผล** | รอบที่ 1 ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 - 31 ธันวาคม 2568 |
| **ระยะเวลาประเมินผล (ต่อ)** | รอบที่ 2 ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2569 - 30 มิถุนายน 2569 |
| **วิธีการประเมิน** | 1. ผลการประเมินตนเอง ตามแนวทาง UCCARE ก่อน – หลังดำเนินการ รายประเด็น<br>2. PHER Plus (ระบบข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ)<br>3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปี 2569<br>4. รายงานการเสียชีวิตใน HDC สสจ.ขอนแก่น<br>5. ประเมินการดำเนินงานจากการนิเทศงาน ประเมินผลระดับ CUP<br>**เกณฑ์การประเมินคุณภาพ** |

| **เกณฑ์ประเมิน** | **คะแนนรวมรายเกณฑ์** |
|---|---|
| 1. มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. แบบบูรณาการทรัพยากร คน เงิน ของข้อมูล องค์ความรู้ จากทุกภาคส่วน **“One project One plan”** | 0.5 |
| 2. ประเมินตนเอง และบันทึกประเด็น (ก่อนดำเนินการ) ผ่านโปรแกรม CL UCCARE ในหัวข้อต่อไปนี้<br>1. ข้อมูลทั่วไป 2. ประเด็น พชอ. 3. ข้อมูลพื้นฐานของประเด็น พชอ. 4. แผนงานกิจกรรม | 0.5 |
| 3. ผ่านเกณฑ์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดใน 2 ประเด็นหลัก (ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ)<br>*ถ้าไม่ผ่านข้อนี้ = ไม่ผ่านตัวชี้วัดนี้ | 0.5 |
| 4. ผ่านเกณฑ์ประเมินข้อ 3 และมีผลการดำเนินการรายประเด็น ดังนี้<br>1) ปัญหาการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน<br>1.1) อัตราตายไม่เกิน 14.17 ต่อแสนประชากร<br>1.2) อัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจาก RTI ในกลุ่มอายุ 1-18 ปี ลดลงร้อยละ 5<br>2) รายงานปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ | <br><br>0.5<br>0.5<br><br>1 |
| 5. ผ่านเกณฑ์ประเมินข้อ 3 และมีนวัตกรรม/ผลงานเด่น ดังนี้<br>- รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามองค์ประกอบ UCCARE ประจำปี 2569<br>- มีนวัตกรรม หรือ ผลงานเด่น และได้นำเสนอในเวทีระดับชาติขึ้นไป | <br>0.5<br><br>1 |
| **คะแนนรวมทุกเกณฑ์** | **5 คะแนน** |

Small Success ปี 2569

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| **ระดับจังหวัด** | | | |
| - ทบทวน/คัดเลือกประเด็น พชจ.<br>- ประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน พชอ. จังหวัดขอนแก่น ปี 2569 (รูปแบบ Online)<br>- ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม CL UCCARE | - ประชุมเชิงปฏิบัติการเขียนผลงาน พชอ. เพื่อมุ่งสู่เวทีระดับชาติ (onsite)<br>- อบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ. ที่สมัครขอรับรางวัล (กรมควบคุมโรค : onsite งบ สคร.7)<br>- ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม CL UCCARE | - เยี่ยมเสริมพลังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน<br>- ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม CL UCCARE | - ตรวจสอบรายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามองค์ประกอบ UCCARE ประจำปี 2569<br>- ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม CL UCCARE |
| **ระดับพื้นที่** | | | |
| - ทบทวน/ปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการ พชอ./อนุกรรมการ พชอ.<br>- ทบทวนคัดเลือกประเด็น พชอ.<br>- ประเมินตนเอง ตามแนวทาง UCCARE ก่อนดำเนินการ<br>- วางแผนขับเคลื่อน พชอ. ในรูปแบบ one project one plan<br>- มีแผนปฏิบัติการรายประเด็น (อย่างน้อย 2 ประเด็น) | - ดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนรายประเด็น<br>- มีการบริหารจัดการทรัพยากรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง<br>- ติดตามการดำเนินงาน / แก้ไขปัญหา<br>- บันทึกผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน ในโปรแกรม CL UCCARE | - เยี่ยมเสริมพลังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน<br>- ประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE หลังดำเนินงาน | - รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามองค์ประกอบ UCCARE ประจำปี 2569<br>- ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน<br>- ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ร้อยละ 100 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2566 | 2567 | 2568 |
| ผลงานอำเภอผ่านเกณฑ์ | ร้อยละ | 96.15 | 100 | 100 |

| | |
|---|---|
| **ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด** | นางสาวผดารณัช พลไชยมาตย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ<br>กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 236 โทรสาร 0 4322 4037<br>โทรศัพท์มือถือ 08 5855 1669 e-mail phadarnuch@gmail.com<br>**ผู้กำกับตัวชี้วัด**<br>นางวรรณกร ตาบ้านดู่ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ<br>กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 236 โทรสาร 0 4322 4037<br>โทรศัพท์มือถือ 06 3583 5552 e-mail fnmyi89k@gmail.com<br>นางอนุรักษ์ สะตะ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ<br>กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 236 โทรสาร 0 4322 4037<br>โทรศัพท์มือถือ 08 9617 6378 e-mail anuraksata@gmail.com |

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 4** | ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย |
| **คำนิยาม** | **เด็กปฐมวัย** หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน<br>**เด็กพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 1** หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)* แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก<br>**เด็กที่ได้รับการกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 2** หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้รับรับการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน<br>**เด็กพัฒนาการสมวัย** หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)* แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 1 รวมกับเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัยครั้งที่ 2<br>**การคัดกรองพัฒนาการ** หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต<br>**พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)<br>**พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง** เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | 1. ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (ตรวจครั้งแรก)<br>2. ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90<br>3. ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 87 |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการสมวัย และมีระดับสติทางด้านเชาว์ปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ดี |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | เด็กปฐมวัยในจังหวัดขอนแก่น |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สถานบริการทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS, Hos xp, PCU เป็นต้น ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลทุกแห่ง / รพ.สต.ทุกแห่ง/หน่วยบริการสาธารณสุขทุกสังกัด |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน<br>B = จำจวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการทั้งหมด |

| | |
|---|---|
| **รายการข้อมูล (ต่อ)** | C = จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำภายใน 30 วัน<br>D = จำนวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า<br>E = จำจวนเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ผลรวมของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยจากตรวจครั้งที่ 1 และ 2 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1. ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ<br>= (B/A) *x* 100 = # เทียบคะแนน (#*x*30)/90 # >90= 30 คะแนน<br>2. ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ<br>= (*C/D*) *x* 100 = # เทียบคะแนน (*#x40)/90* # *>90= 30* คะแนน<br>3. ร้อยละของเด็กอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย<br>= (E/A) x *100*= # เทียบคะแนน (#*x*30)/87 # >87= *30 คะแนน* |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 12 เดือน |
| **วิธีการประเมิน** | ผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน HDC |

Small Success ปี 2569

| ระดับจังหวัด | | | |
|---|---|---|---|
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| - แผน/โครงการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย<br>- แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริม พัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ปี 2569<br>- CPM ระดับจังหวัดคืนข้อมูลในเวทีผู้บริหาร<br>- การดำเนินงานตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น | - ประชุมคณะกรรมการส่งเสริม พัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ปี 2569<br>- ประเมินผลการตนเองตามเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน<br>- ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เครือข่ายที่เกี่ยวข้องการดำเนินป้องกันภาวะ<br>ซีด และทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย<br>- ขับเคลื่อนการดำเนินงานยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐวัยตามมาตรฐานด้านสุขภาพ (4D)<br>- การดำเนินงานตามโปรแกรมSA7 จังหวัดขอนแก่น | - ถอดบทเรียนสรุปผล การจัดบริการในคลินิกเด็กดีคุณภาพในพื้นที่<br>- ขับเคลื่อนการดำเนินงานรณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กปรำจำปี 2569<br>- เยียมเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่<br>- การรับรองตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน<br>- การรับรอง สพด.4D | **-** ประชุมคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ปี 2569<br>**-** สรุปผล การจัดบริการในคลินิกเด็กดีคุณภาพ ในพื้นที่<br>- ผลการดำเนินงานรณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็ก ปรำจำปี 2569<br>- คัดเลือดยกระดับตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน และ สพด. 4D<br>- การรับรองตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน<br>- สรุปผลการดำเนินโครงการ/แผนงาน ปี 2569 |

Small Success ปี 2569

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| ระดับพื้นที่ | | | |
| - ร้อยละ 87<br>- แผนดำเนินงานเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย<br>- Child project manager (CPM) ระดับอำเภอ ในการกำกับติดตามและคืนข้อมูลรายหน่วยบริการเป็นรายเดือน/รายไตรมาส<br>-แผนแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรคุณภาพ<br>- แผนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน การประเมินตนเองทุกตำบล<br>- แผนการดำเนินงานคลินิก WCC<br>-แผนการยกระดับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ (4D)<br>- การดำเนินงานตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น | - ร้อยละ 87<br>- แนวทางแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยรายบุคคล และรายกลุ่ม<br>- ตำบลประเมินตนเองตามเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน ครบทุกตำบล และมีกระบวนการพัฒนาตามองค์ประกอบฯ<br>- จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ประเมินตนเองและครูที่ผ่านหลักสูตรการดูแลเด็กตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ และมีกระบวนการขับเคลื่อนงานยกระดับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ (4D)<br>- ขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก WCC ตามมาตรฐาน<br>- การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น ทุกอำเภอ<br>- ดำเนินงานรณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็ก ปรำจำปี 2569 | - ร้อยละ 87<br>- ความก้าวหน้าการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัยของพื้นที่<br>- ติดตามเยี่ยมประเมินผลการดำเนินงานคลินิก WCC ตามมาตรฐาน<br>- เยี่ยมเสริมพลังคัดเลือก Best Practice ตำบลมหัศจรรย์ ฯ และ สพด. มาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D)<br>-สะท้อนข้อมูลความพร้อมของเครื่องมือประเมินพัฒนาการ ในเวทีการประชุมผู้บริหาร<br>- สรุปผลการติดตามสะท้อนปัญหา อุปสรรค และแผนปรับกิจกรรม | - ร้อยละ 87<br>- ระบบคัดกรองพัฒนาการและการจัดการแก้ไขปัญหาพัฒนาการ ที่เข้มแข็ง<br>- ตำบล/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ องค์ความรู้และนวัตกรรมที่พร้อมขยายผลในพื้นที่<br>- ทุกอำเภอผ่านการรับรองเป็นตำบลมหัศจรรย์ฯ อย่างน้อย อำเภอละ 3 ตำบล<br>- มีพื้นที่ต้นแบบเนินงานคุณภาพ ได้แก่ ตำบลมหัศจรรย์ ฯ และ สพด.(4D)<br>- ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาเด็กปฐมวัยต่อเนื่อง |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ตัวชี้วัด | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2566 | 2567 | 2568 |
| ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย | 76.33 | ร้อยละ | 76.36 | 76.33 | 70.10 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

ชื่อ-สกุล : นางวรินทรัตน์ ขันธสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์ 043 – 221125 ต่อ 149 , 098-5326551

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 5** | เด็กอายุ 0- 5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน |
| **คำนิยาม** | **เด็กอายุ 0 - 5 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน<br>**สูงดี** หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SDของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ<br>**สมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง<br>**สูงดีรูปร่างสมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | 1. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่ร้อยละ 90<br>2. เด็กอายุ 0 – 5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 78 |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เด็ก อายุ 0 - 5 ปี มีการโภชนาการที่ดี การเจริญเติบโตตามวัย รูปร่างสูงดีสมส่วน |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | เด็กปฐมวัยในจังหวัดขอนแก่น |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สถานบริการทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS, Hos xp, My PCU เป็นต้น ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลทุกแห่ง /สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ /รพ.สต.ทุกแห่ง |
| **รายการข้อมูล** | A) จำนวนเด็กอายุ 0 -5 ปีที่ได้รับการคัดกรองชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว/วัดส่วนสูง มีการเจริญเติบโตสูงดีสมส่วน<br>B) จำนวนเด็กอายุ 0 -5 ปีที่ได้รับการคัดกรองชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว/วัดส่วนสูงทั้งหมด<br>C) จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง<br>= (A/C) x 100 = # เทียบคะแนน(#x50)/90 # >90 = 50 คะแนน<br>2. เด็กอายุ 0 – 5 ปี ส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน<br>= (A/C) x 100 = # เทียบคะแนน(#x50)/78 # >78 = 50 คะแนน |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 12 เดือน |
| **วิธีการประเมิน** | ผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน HDC และผลงานเชิงคุณภาพ |

Small Success ปี 2569

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| **ระดับจังหวัด** | | | |
| - แผน/โครงการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย<br>- แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริม พัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ปี 2569<br>- CPM ระดับจังหวัด คืนข้อมูลในเวทีผู้บริหาร<br>- บูรณาการความร่วมมือการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง<br>- การดำเนินงานตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น | - ประชุมคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ปี 2569<br>- ประเมินผลการตนเองตามเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 2,500วัน<br>- ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เครือข่ายที่เกี่ยวข้องการดำเนินป้องกันภาวะซีด และทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย<br>- ขับเคลื่อนการดำเนินงานยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐวัยตามมาตรฐานด้านสุขภาพ (4D)<br>- การดำเนินงานตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น | - ถอดบทเรียน สรุปผลการจัดบริการในคลินิกเด็กดีคุณภาพ ในพื้นที่<br>- ขับเคลื่อนการดำเนินงานรณรงค์คัดกรองพัฒนาการโภชนาการฯประจำปี 2569<br>- เยียมเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่<br>- การรับรองตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน<br>- การรับรอง สพด.4D | - ประชุมคณะกรรมการส่งเสริม พัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ปี 2569<br>- สรุปผล การจัดบริการในคลินิกเด็กดีคุณภาพ ในพื้นที่<br>- ผลการดำเนินงานรณรงค์คัดกรองพัฒนาการ และโภชนาการฯ ประจำปี 2569<br>- คัดเลือดยกระดับตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน และ สพด.4D<br>- สรุปผลการดำเนินโครงการ/แผนงาน |
| **ระดับพื้นที่** | | | |
| - ร้อยละ 78<br>- แผนการดำเนินการแก้ไขปัญหาภาวะ เตี้ย ผอม อ้วน ซีด และปฐมวัยรายบุคคลและรายกลุ่ม<br>- สนับสนุนข้อมูลเครื่องมือตรวจประเมินฯ ได้มาตรฐาน<br>-แผนการยกระดับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ (4D)<br>- การดำเนินงานตามโปรแกรม SA7 จังหวัดขอนแก่น | - ร้อยละ 78<br>- แนวทางแก้ปัญหาพัฒนาการภาวะ เตี้ย ผอม อ้วน ซีด เด็กปฐมวัยรายบุคคล และรายกลุ่ม<br>- สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ประเมินตนเองและครูที่ผ่านหลักสูตรการดูแลเด็กตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ<br>- จำนวนบุคลากร/ครูผู้ปกครองที่ได้รับการเจริญเติบโตและส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมตามวัย<br>- จำนวนพื้นที่ต้นแบบ สพด. มาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D)<br>-สนับสนุน สพด. นำโปรแกรม Thai School Luch และ Kids Diary ไปใช้ในการจัดเมนูอาหาร | - ร้อยละ 78<br>- ความก้าวหน้าการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัยของพื้นที่<br>- เยี่ยมเสริมพลังคัดเลือก Best Practice ตำบลมหัศจรรย์ ฯ และ สพด. มาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D)<br>- สรุปผลการติดตามสะท้อนปัญหา อุปสรรคและแผนปรับกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายในรอบ 12 เดือน | - ร้อยละ 78<br>- ระบบคัดกรอง โภชนาการ การเจริญเติบโต และการจัดการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ<br>- ตำบล/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ องค์ความรู้และนวัตกรรม (Best Practice) ที่พร้อมขยายผลในพื้นที่<br>- ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยต่อเนื่อง |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

| ตัวชี้วัด | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2566 | 2567 | 2568 |
| 1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง | 75.10 | ร้อยละ | 61.14 | 75.10 | 74.78 |
| 2) ร้อยละของเด็กอายุ 0 -5 ปี สูงดีรูปร่างสมส่วน | 64.20 | ร้อยละ | 67.23 | 64.20 | 67.06 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

ชื่อ-สกุล : นางวรินทรัตน์ ขันธสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์ 043 – 221125 ต่อ 149 , 098-5326551

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 6** | ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน |
| **คำนิยาม** | **เด็กวัยเรียน หมายถึง** เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี ถึง 14 ปี (เริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)<br>**- โรงเรียน หมายถึง** โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับ มัธยมศึกษาขยายโอกาสและมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษตอนต้น ม.1-ม.3)<br>**- สูงดี หมายถึง** เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง เมื่อเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัยปี 2564 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D ของส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ<br>**- สมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัยปี 2564 มีค่าระหว่าง +1.5 S.D ถึง -1.5 S.D ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง<br>**- เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูงและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน<br>**- ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง** น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง >+2 S.D.ขึ้นไป<br>**- ภาวะผอม หมายถึง** น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน<br>**- ภาวะเตี้ย หมายถึง** ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D<br>**กระบวนการ** -เด็ก 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง **(ความครอบคลุม ≥ ร้อยละ 80)**<br>**ผลลัพธ์** -ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน **( ≥ ร้อยละ 63)** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 63 |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและให้การดูแลรักษาที่ครอบคลุม หากพบภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อดูแลรักษาที่ครอบคลุม หากพบภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อที่เหมาะสม<br>2. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนขับเคลื่อนโรงเรียน สถานศึกษาทุกระดับ ให้จัดบริการ ดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | เด็กนักเรียน อายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนทุกสังกัด (โรงเรียนประถมศึกษา ,โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส,มัธยมศึกษา (ม.1-ม.3) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ส่งเข้า HDC ฐานข้อมูลจากแฟ้ม NUTRITION<br>2. HDC Datacenter กลุ่มรายงานมาตรฐาน งานโภชนาการ |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ |
| **รายการข้อมูล** | **รายการข้อมูล** 1<br>A=จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก<br>B=จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ทั้งหมด<br>(A/B) x 100<br>**รายการข้อมูล** 2<br>A= จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ที่มีส่วนสูงในระดับดีและรูปร่างสมส่วน<br>B=จำนวนเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด<br>(A/B) x 100 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ตัวชี้วัดที่ 1 + ตัวชี้วัดที่ 2 = คะแนนรวม |

| | |
|---|---|
| **ระยะเวลาประเมินผล** | - ข้อมูลภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2568 บันทึกข้อมูลเข้าระบบ HDC ภายใน 28 กุมภาพันธ์ 2569 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., ก.พ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 มีนาคม 2569<br>- ข้อมูลภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2569 บันทึกข้อมูลเข้าระบบ HDC ภายใน 31 กรกฎาคม 2569 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2569 |
| **วิธีการประเมิน** | ระบบรายงาน HDC |

**Small Success ปี 2569**

| **ระดับจังหวัด** | | | |
|---|---|---|---|
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| | | | |

| **ระดับพื้นที่** | | | |
|---|---|---|---|
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| | | | |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data) (ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ตัวชี้วัด | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2566 | 2567 | 2568 |
| | | | | | |

| | |
|---|---|
| **ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด** | 1. นางวรวลัย เกษมศรีวิวัฒน์ ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0851555510<br>2. นางสาวพรพิมล ผักไหม ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 0942913740 |

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 7** | ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care และเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ |
| **คำนิยาม** | **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป<br>**ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) กลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) ได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล<br>**ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) กลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) ได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล<br>**แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)** หมายถึง การประเมินและวางแผนการดูแลรายบุคคลก่อนให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่<br>**การดูแลกลุ่มภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์** หมายถึง การบริการดูแลด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแลรายบุคคล และให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือเครือข่ายสุขภาพอื่นๆหรืออาสาสมัคร จิตอาสา ตามแผนการดูแลรายบุคคล หรือตามคำแนะนำของผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข รวมถึงจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือที่จำเป็นตามสภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหลังได้รับการดูแลตาม Care Plan ครบ 12 เดือน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 99 |
| **วัตถุประสงค์** | ผู้สูงอายุและบุคคลอื่น ที่มีค่าคะแนน ADL 0-11 คะแนน |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | 1. รายงานผลการคัดกรอง ADL ในฐานข้อมูล Health Data Center<br>2. รายงานการอนุมัติ Care Plan กองทุน LTC ตำบล ในระบบโปรแกรม LTC สปสช.และกรมอนามัย<br>3. รายงานผลค่าคะแนน ADL การดูแลกลุ่มภาวะพึ่งพิงครบ 12 เดือน ในโปรแกรม LTC สปสช. |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. รายงานผลการคัดกรอง ADL ในฐานข้อมูล Health Data Center<br>2. รายงานการอนุมัติ Care Plan กองทุน LTC ตำบล ในระบบโปรแกรม LTC สปสช.และกรมอนามัย<br>3 รายงานผลค่าคะแนน ADL การดูแลกลุ่มภาวะพึ่งพิงครบ 12 เดือน ในโปรแกรม LTC สปสช. |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. ฐานข้อมูลการคัดกรอง ADL ใน Health Data Center<br>2. โปรแกรม Long Term Care กรมอนามัย<br>3. โปรแกรม Long Term Care สปสช. |
| **รายการข้อมูล 1**<br><br>**รายการข้อมูล** 2 | A = จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ LTC ได้รับอนุมัติงบแผนการดูแล Care Plan จากกองทุน LTC<br>B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC<br>A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ครบ 12 เดือน ที่มีค่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้น และกลุ่มติดเตียงมีค่า ADL เท่าเดิมหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น<br>B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ ได้รับอนุมัติ Care Plan จากคณะอนุกรรมการ LTC และได้รับการเยี่ยมบ้านจาก Caregiver ครบการดูแล 12 เดือน ทั้งหมด |

| | |
|---|---|
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1**<br>**สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2** | A x 100 / B<br>A x 100 / B |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569 |
| **วิธีการประเมิน** | 1. Care Manager/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข PCU รพ./รพสต. ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) เพื่อค้นหากลุ่มภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ > ร้อยละ 60<br>2. Care Manager มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และ Care Plan ได้รับการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการ LTC > ร้อยละ 98.5<br>3. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan และประเมิน ADL ครบ 12 เดือน มีค่า ADL เพิ่มขึ้นหรือกลุ่มติดเตียงไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น > ร้อยละ 25 |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| 1. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดทำ Care Plan โดย Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการ LTC และได้รับการเยี่ยมบ้านจาก Caregiver และสหวิชาชีพ >ร้อยละ 90 | ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดทำ Care Plan โดย Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการ LTC และได้รับการเยี่ยมบ้านจาก Caregiver และสหวิชาชีพ >ร้อยละ 93 | ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดทำ Care Plan โดย Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการ LTC และได้รับการเยี่ยมบ้านจาก Caregiver และสหวิชาชีพ >ร้อยละ 96 | 1. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดทำ Care Plan โดย Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการ LTC และได้รับการดูแล Caregiver และสหวิชาชีพ > ร้อยละ 99<br>2. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan และประเมิน ADL ครบ 12 เดือน มีค่า ADL เพิ่มขึ้นหรือกลุ่มติดเตียงไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น > ร้อยละ 25 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ผลงาน | ปี 2566 | ปี 2567 | ปี 2568 |
|---|---|---|---|
| ร้อยละของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care และเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ | 94.61 | 98.4 | 99.29 |
| ร้อยละของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีค่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้นหรือกลุ่มติดเตียง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น | 21.43 | 22.43 | 33.55 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1. ชื่อ-สกุล นางอังคณา อึ้งปิติมานะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ. 09-5652-9922 E-mail :ungpitimana.ang@gmail.com
2. ชื่อ-สกุล นางสาวศิรินภา โสมนาวัตร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ. 06-5954-1695 E-mail : Sirinnn.q@gmail.com
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0-4322-1125 ต่อ 149 โทรสาร 0-4322-4037

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 8** | อัตราตายมารดา |
| **คำนิยาม** | ความสำเร็จการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาวะที่ดี โดยการได้รับบริการตามมาตรฐาน ระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก มีผลลัพธ์ตามเกณฑ์ ตามคำนิยามดังนี้<br>1.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการฯทั้งหมด โดยต้องฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์<br>2.หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพหมายถึงมารดาหลังคลอดและทารกในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน 3 ครั้งดังนี้<br>ครั้งที่ 1 คือเยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรกอายุบุตรไม่เกิน 7 วันนับถัดจากวันคลอด<br>ครั้งที่ 2 คือเยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วันแต่ไม่เกิน 15 วัน นับถัดจากวันคลอด<br>ครั้งที่ 3 คือเยี่ยมหลังคลอดตั้งแต่บุตรอายุ 16 วัน แต่ไม่เกิน 42 วัน นับถัดจากวันคลอด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดทุกราย |
| **วัตถุประสงค์** | ส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด เพื่อป้องกันการตายมารดาและทารกจากการตั้งครรภ์และคลอดให้มีประสิทธิภาพ |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดทุกราย |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามแนวทาง 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ทุกแห่ง<br>2. ฐานข้อมูล Health Data Center |
| **รายการข้อมูล 1**<br><br>**รายการข้อมูล 2** | A1 =จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกและอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์<br>(ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงใน 43 แฟ้ม : แฟ้ม ANC)<br>B1 =จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน<br>A2 =จำนวนหญิงคลอดตาม B ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ในเวลาที่กำหนด<br>(ฐานข้อมูล 43แฟ้ม ) ( แฟ้ม Postnatal)<br>B2 =จำนวนหญิงไทยหลังคลอดตั้งแต่ 42 วันขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน<br>(ฐานข้อมูล43แฟ้ม : แฟ้ม Labor) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | รายการข้อมูล 1 = (A1/B1) x 100<br>รายการข้อมูล 2 = (A2/B2) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุก 3 เดือน |
| **วิธีการประเมิน** | เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย |

Small Success ปี 2569

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| ≥ ร้อยละ 50 | ≥ ร้อยละ 60 | ≥ ร้อยละ 70 | ≥ ร้อยละ 80 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ตัวชี้วัด | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2566 | 2567 | 2568 |
| | | | | | |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1.นางสมาพร สุรเตมีย์กุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ 081-165-4641 E-mail :samapornrx@gmail.com
2.นางสาวศิริยา หงษ์ใหญ่ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ 099-597-3610 E-mail : Aononny.siriya110839@gmail.com

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 9** | อัตราตายทารกแรกเกิด |
| **คำนิยาม** | **คุณภาพการดูแลอนามัยทารกแรกเกิด** หมายถึง โรงพยาบาลมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดพบภาวะน้ำหนักน้อย และทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนขณะคลอดไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด มีผลลัพธ์ตามเกณฑ์ ตามคำนิยามดังนี้<br>**1.** ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่คลอดในระหว่างมารดาอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน<br>2.ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด<br>3. ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) หมายถึงสภาวะทารกแรกเกิดที่ขาดออกซิเจนที่มีผลการประเมินคะแนน ด้วยการสังเกตสีผิว ชีพจร อัตราการเต้นของหัวใจ หรือปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นโดยใช้ค่าคะแนน Apgar score ที่ 1 นาที มีค่าน้อยกว่า หรือเท่ากับ 7 คะแนน เป็นเกณฑ์การประเมิน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | |

| ตัวชี้วัด | ปีงบประมาณ 2568 | ปีงบประมาณ 2569 | ปีงบประมาณ 2570 |
|---|---|---|---|
| 1.ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด | ≤ ร้อยละ 6 | ≤ร้อยละ 5 | ≤ร้อยละ 4 |
| 2.ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม | ≤ร้อยละ 7 | ≤ ร้อยละ 6 | ≤ ร้อยละ5 |
| 3. .อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด | 25:การเกิดมีชีพพันคน | 22:การเกิดมีชีพพันคน | 18:การเกิดมีชีพพันคน |

| | |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์** | 1.ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับบริการคุณภาพตามเกณฑ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม<br>2. เพื่อลดอัตราตายและความพิการของทารกแรกเกิด |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ทารกแรกเกิดมีชีพทุกราย |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1.บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามแนวทาง 43 แฟ้ม<br>2.ข้อมูลรายงานการคลอดจากแบบรายงานก-2 จากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นทุกระดับ |
| **แหล่งข้อมูล** | 1.โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นทุกระดับ<br>2.ฐานข้อมูล Health Data Center |
| **รายการข้อมูล 1**<br><br>**รายการข้อมูล 2** | **A1 =** จำนวนของหญิงคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลทุกระดับ<br>**B1 =** จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดในโรงพยาบาลทุกระดับ<br>**A2=**จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมที่คลอดในโรงพยาบาลทุกระดับ<br>**B2 =** จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่คลอดในโรงพยาบาลทุกระดับ |

| | |
|---|---|
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | รายการข้อมูล 1 = (A1/B1) x 100<br>รายการข้อมูล 2 = (A2/B2) x 100<br>รายการข้อมูล 3 = (A3/B3) x 1000 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุก 3 เดือน |
| **วิธีการประเมิน** | เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย |

**Small Success ปี 2569**

| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
|---|---|---|---|
| ≥ร้อยละ 50 | ≥ร้อยละ 60 | ≥ร้อยละ 70 | ≥ร้อยละ 80 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ตัวชี้วัด | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2566 | 2567 | 2568 |
| | | | | | |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1.นางสมาพร สุรเตมีย์กุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ 081-165-4641 E-mail :samapornrx@gmail.com
2.นางสาวศิริยา หงษ์ใหญ่ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ 099-597-3610 E-mail : Aononny.siriya110839@gmail.com

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 10** | ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง |
| **คำนิยาม** | 1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ตามความ พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป<br>2. **ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี** หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) จากการประเมิน ADL คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ที่สามารถให้การช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นในชุมชน และสังคมได้ พร้อมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพ อันพึงประสงค์ และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ<br>3. **แผนการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Wellness Plan** หมายถึง การวางแผนส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพัฒนาองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน 6 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ โภชนาการดี การเคลื่อนไหวดี สุขภาพช่องปากดี สมองดี มีความสุข และสิ่งแวดล้อมดี<br>4. **ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี(Wellness Plan)** หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขร่วมกับชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุมีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้<br>1) เข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจและได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้<br>2) ประเมินตนเองตามแนวทางการประเมินเพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ<br>3) จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาดี(Wellness Plan)<br>4) นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี(Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง<br>5) หลังจากปฏิบัติตามแผนแล้วประเมินภาวะสุขภาพตนเองหรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่<br>6) ปรับปรุง/พัฒนาแผนและนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย<br>7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม/กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน<br>8) เสร็จสิ้นกระบวนการและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อการมีสุขภาพดี<br>5. **การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้สูงอายุ และกลุ่มวัย Pre- aging (อายุ 45-59 ปี) และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมกลุ่มดำเนินงานการบริหารจัดการ กองทุนชมรม และร่วมทำกิจกรรม 4 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เตรียมความพร้อม ในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และอยู่ใน สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว โดยมีการจัดกิจกรรมการเรียนตามเกณฑ์หลักสูตรอย่างต่อเนื่อง<br>5. **คลินิกผู้สูงอายุ** หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งในระดับเกณฑ์พื้นฐานและระดับคุณภาพ)<br>**การดูแลรักษา** หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุการตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม<br>**6. กลุ่มอาการความเสื่อมผู้สูงอายุ Geriatric Syndromes ของผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย<br>1) ด้านความคิดความจำ<br>2) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย<br>3) ด้านการขาดสารอาหาร<br>4) ด้านการมองเห็น<br>5) ด้านการได้ยิน<br>6) ด้านภาวะซึมเศร้า<br>7) ด้านการกลั้นปัสสาวะ<br>8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL)<br>9) ด้านภาวะสุขภาพช่องปาก<br>**7. คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ หมายถึง** มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมาตรฐานกรมการแพทย์ประกอบด้วยเกณฑ์ดังนี้<br>1) มีคลินิกผู้สูงอายุ<br>2) มีสถานที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก |

| | |
|---|---|
| **คำนิยาม (ต่อ)** | 3) ความเหมาะสมของอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม (3.1) มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/หน่วยบริการอย่างชัดเจน (3.2) มีประตูและพื้นที่ห้องตรวจกว้างเพียงพอที่จะให้ผู้ที่นั่งรถเข็น เข้ารับบริการได้ (3.3) มีราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่หน้าโรงพยาบาลจนถึงคลินิกผู้สูงอายุ (3.4) มีทางลาดที่ได้มาตรฐานตั้งแต่ด้านหน้าโรงพยาบาลจนถึงคลินิก ผู้สูงอายุ (3.5) มีห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการบริเวณใกล้ๆคลินิกผู้สูงอายุ<br>4) มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำที่คลินิกผู้สูงอายุ<br>5) มีแพทย์ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ<br>6) มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมเป็นทีมปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ)<br>7) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการอบรมด้านเวช ศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ) การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ<br>8) ความถี่ของการเปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ<br>9) คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน ADL, IADL<br>10) คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน GS ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจาก ประวัติ/ตรวจ<br>11) การรับส่งต่อภายในโรงพยาบาล<br>12) มีการดูแลต่อเนื่อง<br>13) มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ<br>14) มีนวัตกรรมในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ<br>15) มีการจัดการองค์ความรู้ (KM)<br>16) มีการวางแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุในอนาคต<br>17) .มีข้อมูลการได้รับวัคซีนของผู้สูงอาย |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 96 |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพ หรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ<br>2. เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี(Wellness Plan)<br>3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการ Geriatric Syndromes และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสมหลังจากได้รับการคัดกรองสุขภาพในการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) จากการประเมิน ADL คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. บันทึกการคัดกรอง ADL และภาวะถดถอย 9 ด้าน ในฐานข้อมูล HDC<br>2. รายงานการประเมินมาตรฐานการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ<br>https://dmscaretools.dms.go.th/geriatric/<br>3. รายงานผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)<br>https://care.anamai.moph.go.th/<br>4. รายงานผู้สูงอายุที่คัดกรองพบว่าเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ รายไตรมาส https://dmscaretools.dms.go.th/geriatric/ |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. ฐานข้อมูลการประเมินคัดกรอง ADL และกลุ่มอาการความเสื่อม Health Data Center<br>2. รายงานการประเมินมาตรฐานการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ<br>3. รายงานผู้สูงอายุที่คัดกรองพบว่าเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง(กลุ่มติดสังคม) ADL 12 คะแนนขึ้นไป<br>B = จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการความเสื่อมและADL ทั้งหมด |

| | |
|---|---|
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | A x 100<br>B |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569 |
| **วิธีการประเมิน** | 1. อสม.บันทึกผลการประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน > ร้อยละ 80<br>2. Care Manager /Caregiver/ อสม. ประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ในกลุ่มผู้สูงอายุ > ร้อยละ 80<br>3. ร้อยละของตำบลที่มีต้นแบบโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุสุขภาพดี 4 มิติ (ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ > ร้อยละ 60<br>4. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะถดถอยได้รับการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) > ร้อยละ 60<br>5. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง Geriatric Syndromes ได้รับการส่งต่อดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหรือศูนย์แพทย์/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. > ร้อยละ 60<br>6. โรงพยาบาลทุกระดับจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ > ร้อยละ 80 |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| 1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และประเมิน ADL > ร้อยละ 50<br>2. ร้อยละของตำบลที่มีต้นแบบโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุสุขภาพดี 4 มิติ (ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ > ร้อยละ 30<br>3. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะถดถอยอย่างน้อย 1 ด้าน ได้รับการวางแผน Wellness Plan > ร้อยละ 30<br>4. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง Geriatric Syndromes ได้รับการส่งต่อเข้าดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ > ร้อยละ 30<br>5. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง > ร้อยละ 93 | 1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และประเมิน ADL > ร้อยละ 60<br>2. ร้อยละของตำบลที่มีต้นแบบโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุสุขภาพดี 4 มิติ (ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ > ร้อยละ 40<br>3. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะถดถอยอย่างน้อย 1 ด้าน ได้รับการวางแผน Wellness Plan > ร้อยละ 40<br>4. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง Geriatric Syndromes ได้รับการส่งต่อเข้าดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ > ร้อยละ 40<br>5. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง > ร้อยละ 94 | 1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และประเมิน ADL > ร้อยละ 70<br>2. ร้อยละของตำบลที่มีต้นแบบโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุสุขภาพดี 4 มิติ (ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ > ร้อยละ 50<br>3. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะถดถอยอย่างน้อย 1 ด้าน ได้รับการวางแผน Wellness Plan > ร้อยละ 50<br>4. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง Geriatric Syndromes ได้รับการส่งต่อเข้าดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ > ร้อยละ 50<br>5. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง > ร้อยละ 95 | 1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และประเมิน ADL > ร้อยละ 80<br>2. ร้อยละของตำบลที่มีต้นแบบโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุสุขภาพดี 4 มิติ (ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ > ร้อยละ 60<br>3. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะถดถอยอย่างน้อย 1 ด้าน ได้รับการวางแผน Wellness Plan > ร้อยละ 60<br>4. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง Geriatric Syndromes ได้รับการส่งต่อเข้าดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ > ร้อยละ 60<br>5. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง > ร้อยละ 96 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data) (ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ผลงาน | ปี 2565 | ปี 2566 | ปี 2567 | ปี 2568 |
|---|---|---|---|---|
| ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง | ร้อยละ 96.24 | ร้อยละ 95.08 | ร้อยละ 95.18 | ร้อยละ 95.32 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1. ชื่อ-สกุล นางอังคณา อึ้งปิติมานะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ. 09-5652-9922 E-mail :ungpitimana.ang@gmail.com
2. ชื่อ-สกุล นางสาวศิรินภา โสมนาวัตร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ. 06-5954-1695 E-mail : Sirinnn.q@gmail.com

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 11** | ร้อยละสตรีอายุ 30-≤60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test |
| **คำนิยาม** | การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-≤60 ปี) ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ทั้งแบบตรวจโดยเจ้าหน้าที่ และแบบ Self Collection เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความ เสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผล ลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีHPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | (สะสมผลงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568-2572 ≥ ร้อยละ 80)<br>ณ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ≥ ร้อยละ 45 |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก<br>2. เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | สตรีไทยอายุ 30-≤60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ (การนับอายุ 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันให้บริการ) (ประชากร Type area 1,Type area 3) ในช่วงเวลาที่กำหนด |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. การบันทึกข้อมูล<br>1.1 บันทึกการคัดกรองผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ คือ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test รหัส 1B0046<br>1.2 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test จากโปรแกรม Cancer Cervical Screening @ Khon Kaen<br>2. ผู้จัดเก็บข้อมูล : ผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็ง<br>3. พื้นที่รับผิดชอบ : Type area 1 = มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่<br>Type area 3 = ไม่มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือน |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. จากโปรแกรม Cancer Cervical Screening @ Khon Kaen<br>2. HDC 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>3. TCL เขตสุขภาพที่ 7 |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนสตรีไทยอายุ 30-≤60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test (โดยการตรวจด้วยเจ้าหน้าที่ หรือ การตรวจด้วยตนเอง)<br>B = จำนวนสตรีไทยอายุ 30-≤60 ปี |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | รายไตรมาส ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 |
| **วิธีการประเมิน** | ประเมินผลได้แบบ real time |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| ร้อยละ 30 | ร้อยละ 35 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 45 |

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)<br>(ปี 2566 -2568)</td><td>ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)<br><table><tr><th>ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2567</th><th>ปีงบประมาณ พ.ศ.2568</th></tr><tr><td>ร้อยละ 37.96</td><td>ร้อยละ 11.15</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>1.ชื่อ-สกุล นางยุภาพร ดีแป้น ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-221125 ต่อ 150 โทรศัพท์มือถือ : 080-4620160<br>โทรสาร : 043-224037 E-mail : smallbody@hotmail.com<br>2.ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-221125 ต่อ 150 โทรศัพท์มือถือ : 081-3803219<br>โทรสาร : 043-224037<br>3.ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-221125 ต่อ 169 โทรศัพท์มือถือ : 087-7707761<br>โทรสาร : 043-224037<br>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 12** | ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมาย **(รายใหม่)** ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test |
| **คำนิยาม** | **1. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง** หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มี อายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่ มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ<br>*****จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ในรอบ 2 ปีงบประมาณ**<br>**2. กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่)** หมายถึง กลุ่มที่ไม่เคยได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในปีงบประมาณ 2568 และกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา และมีผลการส่องกล้องปกติ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | 1.ประชากรเพศชายและหญิง ทุกสิทธิการรักษา ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง ในปีงบประมาณ 2568 และผู้ที่เคยได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา และมีผลการส่องกล้อง ปกติ<br>2.เป็นประชากร Type area 1,Type area 3 ในช่วงเวลาที่กำหนด<br>3.จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินการตามที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ 2569 |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้นซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผล ปกติ/ผลลบ (Negative)<br>2. เพื่อตรวจหาผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิงอายุ 50-70 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งล้าไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่าง อุจจาระ<br>3. เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะลุกลาม |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | 1.ประชากรเพศชายและหญิง ทุกสิทธิการรักษา ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงในปีงบประมาณ 2568 และผู้ที่เคยได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมาและมีผลการส่องกล้อง ปกติ<br>2.เป็นประชากร Type area 1,Type area 3 ในช่วงเวลาที่กำหนด<br>3.จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินการตามที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ 2569 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | **1.การบันทึกข้อมูล** : บันทึกการคัดกรองผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ ด้วยรหัส 1B0060 (ผลลบ) หรือ รหัส 1B0061 (ผลบวก) และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม<br>**2.ผู้จัดเก็บข้อมูล** : ผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็ง<br>**3.พื้นที่รับผิดชอบ :** Type area 1 = มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่<br>Type area 3 = ไม่มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือน |
| **แหล่งข้อมูล** | HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test และยังไม่ได้รับการคัดกรองในปีงบประมาณ 2567<br>B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ 2568 |

| | |
|---|---|
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | รายไตรมาส ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 |
| **วิธีการประเมิน** | ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| ร้อยละ 40 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 100 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data) (ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ปีงบประมาณ 2566 | ปีงบประมาณ 2567 | ปีงบประมาณ 2568 |
|---|---|---|
| ร้อยละ 132.62 | ร้อยละ 100.84 | ร้อยละ 74.37 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1.**ชื่อ-สกุล** นางยุภาพร ดีแป้น **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
**โทรศัพท์ที่ทำงาน** : 043-221125 ต่อ 150 **โทรศัพท์มือถือ :** 080-4620160
**โทรสาร** : 043-224037 **E-mail :** smallbody@hotmail.com
2.**ชื่อ-สกุล** นางแสงเดือน โสภา **ตำแหน่ง** : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
**โทรศัพท์ที่ทำงาน** : 043-221125 ต่อ 150 **โทรศัพท์มือถือ :** 081-3803219
**โทรสาร** : 043-224037
3.**ชื่อ-สกุล** นางกิตติมา ก้านจักร **ตำแหน่ง** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
**โทรศัพท์ที่ทำงาน** : 043-221125 ต่อ 169 **โทรศัพท์มือถือ :** 087-7707761
**โทรสาร :** 043-224037
**กลุ่มงาน**ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 13** | ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy |
| **คำนิยาม** | 1. ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชาย และเพศหญิงอายุ 50-70 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือตรวจพบเม็ดเลือดแดงใน ตัวอย่างอุจจาระ<br>2. การส่องกลอง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ ด้วยการสองกลองขยายเพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงใน ระยะต้น |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ≥ ร้อยละ 90 |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะลุกลาม |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ผลการตรวจเป็นบวก (Positive) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออก HDC 43 แฟ้ม ดังนี้<br>แฟ้มหัตถการ ที่รหัส 45.23,45.25,45.42,453-00-21,453-04-39,453-26-20<br>แฟ้มวินิจฉัยโรค ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผิดปกติ รหัส K51.9,K57.9,K638,K63.5 และกลุ่มที่พบมะเร็ง ICD10 ขึ้นต้นด้วย C<br>2. บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Your Colonoscopy |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. โปรแกรม Your Colonoscopy<br>2. HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ผลการตรวจเป็นบวก (Positive)<br>B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ผลการตรวจเป็นบวก (Positive) ที่ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | รายไตรมาส ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 |
| **วิธีการประเมิน** | ประเมินผลได้แบบ real time จากโปรแกรม Your Colonoscopy |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 |

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)<br>(ปี 2566 -2568)</td><td>ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 2566</th><th>ปีงบประมาณ 2567</th><th>ปีงบประมาณ 2568</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ 82.67</td><td>ร้อยละ 90.35</td><td>ร้อยละ 83.07</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>1.ชื่อ-สกุล นางยุภาพร ดีแป้น ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-221125 ต่อ 150 โทรศัพท์มือถือ : 080-4620160<br>โทรสาร : 043-224037 E-mail : smallbody@hotmail.com<br>2.ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-221125 ต่อ 150 โทรศัพท์มือถือ : 081-3803219<br>โทรสาร : 043-224037<br>3.ชื่อ-สกุล นางกิตติมา ก้านจักร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-221125 ต่อ 169 โทรศัพท์มือถือ : 087-7707761<br>โทรสาร : 043-224037<br>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 14** | อัตราความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด |
| **คำนิยาม** | 1. การประเมินการค้นหาวัณโรค หมายถึง ผู้ที่ได้รับการค้นหาวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569)<br>2. ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (household contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถ้านอนห้องเดียวกัน (household intimate) มีโอกาสรับ และติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (household regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นครั้งคราว และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยกี่วันก็ได้ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา<br>3. ผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact) หมายถึงบุคคลที่ไม่ใช่ผู้อาศัยร่วมบ้านแต่อยู่ร่วมกันในพื้นที่เฉพาะ เช่น ทำงานที่เดียวกันในช่วงเวลานาน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมง หรือ 120 ชั่วโมง ใน 1 เดือน และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยกี่วันก็ได้ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา ตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมีอาการหรือก่อนการวินิจฉัย หรืออาจมีกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำที่สามารถเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น เช่น ดื่มสุราร่วมกัน เล่นการพนัน เป็นต้น |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | |

| ปีงบประมาณ 2566 | ปีงบประมาณ 2567 | ปีงบประมาณ 2568 | ปีงบประมาณ 2569 | ปีงบประมาณ 2570 |
|---|---|---|---|---|
| - | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 |

| | |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้คัดกรองกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน และค้นหาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเข้าถึงกระบวนการรักษา ได้อย่างรวดเร็ว สามารถลดอัตราป่วย และอัตราการเสียชีวิตได้ |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน (household contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2569 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. ทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้านและสัมผัสใกล้ชิด<br>2. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายป่วยวัณโรคแห่งชาติ (โปรแกรม NTIP online) |
| **แหล่งข้อมูล** | โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายป่วยวัณโรคแห่งชาติ (NTIP online) |
| **รายการข้อมูล** | รายงานจำนวนผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกเดือนและบันทึกการได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในโปรแกรม NTIP |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **อัตราความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด**<br>คำนวณจาก สูตรคำนวณ = (A/B) x 100<br>A = จำนวนผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนปีงบประมาณ 2569 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569) ที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในโปรแกรม NTIP<br>B = จำนวนผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนปีงบประมาณ 2569 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569) ในทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกเดือน |
| **วิธีการประเมิน** | เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย อัตราความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ร้อยละ 100 แยกราย CUP |

Small Success ปี 2569

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| ร้อยละ 25 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 100 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2565 | 2566 | 2567 | 2568 |
| อัตราความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด | ร้อยละ | N/A | 75.26 | 100.00 | 100.00 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

นางชัชรีญา เทพาขันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ 0-4322-1125 ต่อ124 โทรสาร 0-4322-4037
โทรศัพท์มือถือ 09-1867-6709 E-mail : chatchareeya18@gmail.com
กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 15.1** | อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน และไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานมาก่อน<br>**ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง** หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ปีงบประมาณ 2567: 3.32<br>ปีงบประมาณ 2568: 6<br>ปีงบประมาณ 2569: 7<br>ปีงบประมาณ 2570: 8 |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ประชากรที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล<br>ตามมาตรฐาน ข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud |
| **แหล่งข้อมูล** | ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน<br>B = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | [(B-A)/B] x100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 12 เดือน |
| **วิธีการประเมิน** | 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 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)<br>B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ประมวลผลจาก DIAGNOSIS_OPD , DIAGNOSIS_IPD , CHORNIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| ≥ร้อยละ 4 | ≥ร้อยละ 5 | ≥ร้อยละ 6 | ≥ร้อยละ 7 |

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)<br>(ปี 2566 -2568)</td><td>ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)
<table>
<tr><th>ผลงาน</th><th>ปี 2566</th><th>ปี 2567</th><th>ปี 2568</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง</td><td>-5.98</td><td>3.32</td><td>7.99</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โทรศัพท์ 0-4322-1125 ต่อ 150 โทรสาร 0-4322-4037<br>โทรศัพท์มือถือ... E-mail : sangdern.sopa@gmail.com</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์ที่ 1</td><td>สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน</td></tr>
<tr><td>เป้าประสงค์ที่ 2</td><td>ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชาชน</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 15.2</td><td>อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท<br>หมายเหตุ ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน<br>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 4
<table>
<tr><td>ปีงบประมาณ 2567</td><td>ปีงบประมาณ 2568</td><td>ปีงบประมาณ 2569</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td></tr>
<tr><td>-3.8</td><td>2.5</td><td>2.5</td><td>2.5</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จากปีงบประมาณที่ผ่านมา</td></tr>
<tr><td>กลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชากรที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณปัจจุบัน</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล<br>ตามมาตรฐาน ข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล</td><td>A = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณปัจจุบัน<br>B = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(B-A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>12 เดือน</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) 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)<br>B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ประมวลผลจาก DIAGNOSIS_OPD , DIAGNOSIS_IPD , CHORNIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14</td></tr>
</table>

Small Success ปี 2569

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| ≥ร้อยละ 2.5 | ≥ร้อยละ 2.5 | ≥ร้อยละ 2.5 | ≥ร้อยละ 2.5 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ผลงาน | ปี 2566 | ปี 2567 | ปี 2568 |
|---|---|---|---|
| ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง | 0.79 | -8.93 | -0.11 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0-4322-1125 ต่อ 150 โทรสาร 0-4322-4037
โทรศัพท์มือถือ... E-mail : sangdern.sopa@gmail.com

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 2** | ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน |
| **ตัวชี้วัดที่ 16** | ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) |
| **คำนิยาม** | **เด็กอายุ 12 ปี** หมายถึง เด็กที่อายุ 12 ปี ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน<br>**ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)** หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันถาวรในช่องปากปกติ และฟันน้ำนมหรือฟันถาวรผุที่ได้รับการบูรณะด้วยเทคนิควิธีต่างๆ โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะเพิ่มเติมใดๆ อีก |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ≥ ร้อยละ 85 |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อให้เกิดการจัดบริการทันตกรรม การส่งเสริมป้องกัน และควบคุมโรคฟันผุในเด็ก 0-12 ปี สู่ผลลัพธ์เป้าหมาย เด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ<br>2 .เพื่อส่งเสริม สนับสนุนขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังโรคฟันผุใน รพ.สต. คลินิกเด็กดี ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน สถานศึกษา |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | เด็ก อายุ 0-12 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | หน่วยบริการทุกระดับนำข้อมูลตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก และข้อมูลการให้บริการทันตกรรมบันทึกในโปรแกรมบริการของหน่วยงาน อาทิ Hosxp, JHCIS, MyPCU เป็นต้น ส่งออกเป็นข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูลตรวจช่องปากจากแฟ้ม DENTAL ข้อมูลกำกับติดตามจากแฟ้ม PROCEDURE_OPD |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนเด็กอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่พบฟันผุอุดถอน<br>B = จำนวนเด็กอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ(Cavity free) = (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ประเมินผลสภาวะสุขภาพช่องปากภาพรวมเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 1 ครั้ง โดยมีการกำกับติดตามความก้าวหน้าทุกไตรมาส |
| **วิธีการประเมิน** | ประมวลผลรายงานจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) |

Small Success ปี 2569

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| ขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพช่องปากสำคัญของกลุ่มวัย 0-12 ปี<br>-ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็ก 0-12 ปี<br>-บริการทาฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ เด็ก 0-12 ปี<br>-บริการเคลือบหลุมร่องฟันเด็ก 6-12 ปี<br>-ให้ทันตสุขศึกษาผู้ปกครอง<br>-บริการทันตกรรมรักษาเพื่อยับยั้งฟันผุ เด็ก 0-12 ปี | เด็ก 12 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองช่องปาก ร้อยละ 30<br><br>เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 85 | เด็ก 12 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองช่องปาก ร้อยละ 40<br><br>เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 85 | เด็ก 12 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองช่องปาก ร้อยละ 50<br><br>เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 85 |

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| -จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันเฝ้าระวังโรคฟันผุใน รพ.สต.คลินิกเด็กดี ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนสถานศึกษา | | | |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | เป้าหมาย ปี 2569 | หน่วยวัด | ผลงานย้อนหลัง 3 ปี | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2566 | 2567 | 2568 |
| **เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)** | 85 | ร้อยละ | 75.2 | 75.7 | 76.9 |
| เด็ก 12 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองช่องปาก | 50 | ร้อยละ | 27.9 | 28.7 | 37.3 |
| เด็ก 0-2 ปี ได้รับบริการทันตกรรม | 50 | ร้อยละ | 54.5 | 56.6 | 51.4 |
| เด็ก 3-5 ปี ได้รับบริการทันตกรรม | 50 | ร้อยละ | 64.2 | 64.5 | 60.7 |
| เด็ก 6-12 ปี ได้รับบริการทันตกรรม | 50 | ร้อยละ | 52.9 | 53.8 | 57.7 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

นางสาวจงกลนี บุญอาษา ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ 081-5460840 E-mail : jong-kolnee@hotmail.com
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 1** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 3** | ระบบคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ |
| **ตัวชี้วัดที่ 17** | โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge |
| **คำนิยาม** | โรงพยาบาลที่ยกระดับพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป รพ.ชุมชน) ที่มีกิจกรรมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ ดังนี้<br>**ระดับมาตรฐาน (Standard)** หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1 - 13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)<br>**หมวด 1 CLEAN**<br>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร<br>**หมวด 2 G : Garbage**<br>2. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง<br>3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง<br>4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545<br>**หมวด 3 R : Rest room**<br>5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก(OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)<br>6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง<br>**หมวด 4 E : Energy**<br>7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบัน และเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดการใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร<br>**หมวด 5 E : Environment**<br>8. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ<br>9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ระดับมาตรฐานขึ้นไป (Standard + Excellent) = 19 แห่ง<br>ระดับท้าทาย (Challenge) = 7 แห่ง |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge |

| | |
|---|---|
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ระดับมาตรฐานขึ้นไป (Standard + Excellent) = 19 แห่ง<br>ระดับท้าทาย (Challenge) = 7 แห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge |
| **แหล่งข้อมูล** | โปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital |
| **รายการข้อมูล** | A = โรงพยาบาลที่ดำเนินการได้ระดับ Standard<br>B = โรงพยาบาลที่ดำเนินการได้ระดับ Excellent<br>C = โรงพยาบาลที่ดำเนินการได้ระดับ Challenge |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | A = รพ.มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และ<br>มีคะแนนรวม 176 คะแนนขึ้นไป<br>B = รพ.มีผลการประเมินหมวด 1-8 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และ<br>มีคะแนนรวม 243 คะแนนขึ้นไป<br>C = รพ.ผ่านการประเมินระดับดีเยี่ยม และผ่านการประเมินตามเกณฑ์ระดับท้าทาย จำนวน 1 ด้าน |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>ปี 2568 ให้คะแนนในรอบที่ 2 |
| **วิธีการประเมิน** | 1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองบันทึกข้อมูลในโปรแกรม GREEN & CLEAN Hospital ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ Standard Excellent)<br>3. คณะกรรมการระดับเขต ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ระดับ Challenge ในประเด็นการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการของเสียทางการแพทย์<br>4. คณะกรรมการส่วนกลาง ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ระดับ Challenge ในประเด็นการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ |
| **Small Success ปี 2569** | - |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data) (ปี 2566 -2568)** | **ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)** |

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2565 | 2566 | 2567 |
| ระดับมาตรฐาน | รพ.(แห่ง) | 3 | 2 | 0 |
| ระดับดีเยี่ยม | รพ.(แห่ง) | 18 | 17 | 18 |
| ระดับท้าทาย | รพ.(แห่ง) | 5 | 7 | 8 |

| | |
|---|---|
| **ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด** | **1. ชื่อ-สกุล** นายณัฐิวุฒิ จันตะแสง **ตำแหน่ง**นักสาธารณสุขชำนาญการ<br>**โทรศัพท์** 043-221125 ต่อ 156 **โทรศัพท์มือถือ** 064 9839562<br>**โทรสาร** 043-224037 E**-mail:** pro_tb@yahoo.com<br>2. **ชื่อ-สกุล** นางสาวนภัสวรรณ สนธินอก **ตำแหน่ง**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>**โทรศัพท์** 043-221125 ต่อ 156 **โทรศัพท์มือถือ** 091 8673075<br>**โทรสาร** 043-224037 E**-mail:** aom.napass@gmail.com<br>**กลุ่มงาน**อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น** |

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึง ระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 4** | ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ |
| **ตัวชี้วัดที่ 18** | อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ |
| **คำนิยาม** | 1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ<br>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา<br>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษารวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ<br>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ<br>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง<br>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed:B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค<br>3.ผู้ป่วยวัณโรคขาดยา ผู้ที่รักษาวัณโรคอยู่แต่หยุดยาโดยไม่มีเหตุอันควร โดย 2 ระยะ คือ<br>3.1 การขาดยาในระยะเข้มข้นของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคขาดยามากกว่าหรือเท่ากับ 14 วันของการรักษาเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง ในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา<br>3.2 การขาดยาในระยะต่อเนื่องของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาน้อยกว่าหรือเท่าร้อยละ 80 หรือขาดยามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนของการรักษาเป็นระยะต่อเนื่อง<br>4. การประเมิน<br>4.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข *ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน*<br>4.2 การประเมินอัตราขาดยาผู้ป่วยวัณโรค (loss to follow up) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน มีอัตราการขาดยาเท่ากับศูนย์ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | |

| | **ปีงบประมาณ 2566** | **ปีงบประมาณ 2567** | **ปีงบประมาณ 2568** | **ปีงบประมาณ 2569** | **ปีงบประมาณ 2570** |
|---|---|---|---|---|---|
| อัตรารักษาสำเร็จ | - | ร้อยละ 88 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 88 | ร้อยละ 90 |

| | |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์** | 1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหาย รักษาครบ<br>2.เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | **กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม–ธันวาคม 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายป่วยวัณโรคแห่งชาติ<br>(โปรแกรม NTIP online) |
| **แหล่งข้อมูล** | โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายป่วยวัณโรคแห่งชาติ (NTIP online) |
| **รายการข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายป่วยวัณโรคแห่งชาติ (NTIP online) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2568)**<br>คำนวณจาก สูตรคำนวณ = (A/B) x 100<br>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2568) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2568<br>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2569 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2568) โดยการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยและพบว่าเป็น RR/MDR/XDR-TB ไม่ถูกนำมานับรวม |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกเดือน ผ่านโปรแกรม NTIP |
| **วิธีการประเมิน** | เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย<br>อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (ไตรมาสที่ 1/2569) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 แยกเป็นระดับ CUP |

Small Success ปี 2569

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| - | ร้อยละ 55 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 95 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2566 | 2567 | 2568 |
| อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่* | ร้อยละ | 75.26 | 76.55 | 74.59 |
| อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ | ร้อยละ | 5.29 | 2.73 | 5.36 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

นางชัชรีญา เทพาขันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ 0-4322-1125 ต่อ124 โทรสาร 0-4322-4037
โทรศัพท์มือถือ 09-1867-6409 E-mail : chatchareeya18@gmail.com

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึง ระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 4** | ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อ มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ |
| **ตัวชี้วัดที่ 19** | ร้อยละกลุ่มเป้าหมายจังหวัดขอนแก่นที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ |
| **คำนิยาม** | การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วยวิธีการตรวจอุจจาระ ได้แก่ วิธี Formalin ether concentration technique (FECT) หรือ Modified Kato thick smear หรือ Modified Kato-Katz หรือ JK-PARASITE TRAP จากอุจจาระพบไข่พยาธิชนิด *Opisthorchis viverini* (OV) ซึ่งมีรูปร่างรี คล้ายเมล็ดแตงโมไข่มีขนาดเล็กสีน้ำตาลเหลืองฝาปิดสนิท ขอบรอยต่อของฝานูนเป็นสันคล้ายไหล่ส่วนท้ายเปลือกไข่ จะนูนเป็นตุ่มเล็ก ๆ<br>ทั้งนี้ วิธีการเตรียมตัวอย่างข้างต้นทำให้เทคนิคการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจหาไข่พยาธิมีความไวสูงมากกว่าวิธีอื่น ๆ หากหน่วยงานต้องการใช้วิธีการตรวจปัสสาวะด้วยชุดตรวจ OV-ATK เพื่อคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถดำเนินการได้แต่ไม่นับเป็นผลงาน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ<br>กลุ่มเป้าหมายเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป หรืออาศัยอยู่ในอีสานมากกว่า 15 ปี และมีปัจจัยเสี่ยงในข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้<br>1. มีประวัติรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียน แบบดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ<br>2. มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หรือเคยกินยาฆ่าเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Praziquantel)<br>3. มีญาติสายตรงติดพยาธิใบไม้ตับ หรือ ป่วย/เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี<br>2. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีระบบ |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ร้อยละการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 100 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี<br>2. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีระบบ |
| **แหล่งข้อมูล** | HDC /Google sheet |
| **รายการข้อมูล** | A = กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ<br>B = กลุ่มเป้าหมายเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับปี 2569 ทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ร้อยละการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ = (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ติดตามผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง |
| **วิธีการประเมิน** | กำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานคัดกรองตามเป้าหมายที่กำหนด รายอำเภอ |

Small Success ปี 2569

| ระดับจังหวัด | | | |
|---|---|---|---|
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| 1. ทบทวนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ และกำหนดพื้นที่เสี่ยงในจังหวัด<br>2. ชี้แจงแผนการดำเนินงานและกำหนดเป้าหมายการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับจังหวัด และอำเภอ | ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมายที่กำหนด ≥ ร้อยละ 80 | ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมายที่กำหนด ≥ ร้อยละ 90 | ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมายที่กำหนด ≥ ร้อยละ 100 |

| ระดับพื้นที่ | | | |
|---|---|---|---|
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| 1. จัดทำแผนงาน/โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยบูรณาการแผนสุขภาพในพื้นที่<br>2. สำรวจและคัดเลือกประชากรกลุ่มเสี่ยง และกำหนดเป้าหมายดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่<br>3. ดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ประจำปี พ.ศ. 2569 | ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมายที่กำหนด ≥ ร้อยละ 80 | ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมายที่กำหนด ≥ ร้อยละ 90 | ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมายที่กำหนด ≥ ร้อยละ 100 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2566 | 2567 | 2568 |
| ร้อยละกลุ่มเป้าหมายจังหวัดขอนแก่นที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ | ร้อยละ | 100.00 | 314.48 | 137.60 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1. นางสาวลดาวรรณ ช่างศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์มือถือ 08 5541 6428
2. นางสาวธญยธร แฝงฤทธิ์ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์มือถือ 09 0595 6030
3. นางวราภรณ์ ชูคันหอม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
   หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
   โทรศัพท์มือถือ 08 1544 4742

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 4** | ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อ มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ |
| **ตัวชี้วัดที่ 20** | อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ |
| **คำนิยาม** | การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD - 10 :International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5:Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ปีงบประมาณ 68: ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน<br>ปีงบประมาณ 69: ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน<br>ปีงบประมาณ 70: ≤ 7.5 ต่อประชากรแสนคน |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในจังหวัดขอนแก่น |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง 506S version 11 (เพื่อความถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานข้อมูล)<br><u>หมายเหตุ</u> ในเขตบริการสุขภาพ หรือจังหวัด ที่พบว่ามีปัญหาการรายงาน รง506s version 11 หรือข้อมูลจากการรายงาน รง506s ต่ำกว่าฐานข้อมูลการตายในทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย จะใช้ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย ที่รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ทดแทน |
| **แหล่งข้อมูล** | 1) รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง506s version 11.<br>2) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต) |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต) ปีงบประมาณ 2569<br>B = จำนวนประชากรกลางปี 2569<br>**หมายเหตุ สำหรับไตรมาส 2 ใช้ประชากรปลายปี 2568<br>สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากรกลางปี 2569<br>แหล่งข้อมูล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100,000 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 4 |
| **วิธีการประเมิน** | นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน |

Small Success ปี 2569

| ระดับจังหวัด | | | |
|---|---|---|---|
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| - | อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 5.0 ต่อประชากรแสนคน | - | อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน |
| ร้อยละ 20 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ | ร้อยละ 35 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ | ร้อยละ 50 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ | ร้อยละ 70 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ |
| **ระดับพื้นที่** | | | |
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| - | อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 5.0 ต่อประชากรแสนคน | - | อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน |
| ร้อยละ 20 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ | ร้อยละ 35 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ | ร้อยละ 50 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ | ร้อยละ 70 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ตัวชี้วัด | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2566 | 2567 | 2568 |
| การฆ่าตัวตายสำเร็จ (มบ.) | 7.8 | อัตราต่อประชากรแสนคน | 6.29 | 8.69 | 8.86 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1. ชื่อ-สกุล นางรุ่งฤดี ไชยทองศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ 086-8616497 E-mail mintrachaimaha@gmail.com
2. ชื่อ-สกุล นายณรงค์ชัย เศิกศิริ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๖๖๙๑๐๖๒ E-mail : tuttu34@gmail.com
3. ชื่อ-สกุล นางสาวนงลักษณ์ เข็มศิริ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ 062-5161046 E-mail: keeta.nongluk1@gmail.com
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0-4322-1125 ต่อ 170 โทรสาร 0-4322-4037

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 4** | ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ |
| **ตัวชี้วัดที่ 21** | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired |
| **คำนิยาม** | **1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง** หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Severe sepsis หรือ Septic shock<br>**1.1 ผู้ป่วย severe sepsis** หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อใน ร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมี อาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4<br>**1.2 ผู้ป่วย Septic shock** หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่มี Hypotension ต้องใช้ Vasopressors ในการ Maintain MAP ≥65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม<br>**2. Community - acquired sepsis** หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม Hospital - acquired sepsis<br>อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ<br>1) อัตราตายจาก Community - acquired sepsis<br>2) อัตราตายจาก Hospital - acquired sepsis<br>**3. กลุ่มเป้าหมาย** มุ่งเน้นที่กลุ่ม Community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง Hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป<br>**4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง** หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (Sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้<br>4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ Tissue hypoperfusion หรือ Organ หรือมี Hypotension ต้องใช้ Vasopressors ในการ Maintain MAP ≥65 mmHg และ มีค่า Serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม<br>4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป<br>4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป<br>4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) หรือ NEWS 2 ตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไป<br>**5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล** หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล<br>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ พบว่า อัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยา กดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ ได้ผลดีเท่าที่ควร และการติดเชื้อในกระแสเลือดยังส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด |

<table>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>เกณฑ์เป้าหมายระดับจังหวัด :<br>อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 2569</th><th>ปีงบประมาณ 2570</th><th>ปีงบประมาณ 2571</th></tr>
<tr><td>น้อยกว่าร้อยละ 24</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 24</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 24</td></tr>
</table>
เกณฑ์เป้าหมายระดับพื้นที่ : ผ่านเกณฑ์ระดับ 5</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>1.เพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ<br>2.เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>กลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1.รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 ในฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข<br>2.บันทึกข้อมูลการดูแลรักษาและส่งต่อตาม Checklist Khon Kaen Sepsis Protocol</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1.ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข<br>2.ฐานข้อมูลโปรแกรม Sepsis@nRefer<br>3.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล</td><td>รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (Dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5)<br>B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น<br>C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น<br>D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>1.รายงาน Cockpit รายไตรมาสทุก 3 เดือน<br>2.นิเทศงานจังหวัด 2 ครั้ง/ปี (ไตรมาส 2 และไตรมาส 4)</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **วิธีการประเมิน** | **วิธีการประเมินผล**<br>1. ประเมินผลงานที่โรงพยาบาลส่งรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด<br>2. ประเมินผลการดำเนินงานจากฐานข้อมูลในโปรแกรม Sepsis@nRefer และในฐานข้อมูลโรงพยาบาล (HDC) สนับสนุน |

**Small Success ปี 2569**

| ระดับจังหวัด | | | |
|---|---|---|---|
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| อัตราตายในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24 | อัตราตายในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24 | อัตราตายในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24 | อัตราตายในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ระดับจังหวัด | | | |
|---|---|---|---|
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| อัตราตายในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24 | อัตราตายในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24 | อัตราตายในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24 | อัตราตายในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 24 |

| | |
|---|---|
| **ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด** | 1.นางนุชศรินทร์ แพงมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โทรศัพท์มือถือ : 089-9446779 E-mail: Spkkpho@gmail.com<br>2. นางศิริมา นามประเสริฐ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ<br>โทรศัพท์มือถือ : 081-9757616 |

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึง ระบบบริการทุกระดับทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 4** | ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ |
| **ตัวชี้วัดที่ 22** | อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ |
| **คำนิยาม** | ผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal diagnosis: pdx) จากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง รหัส IDC 10 (I60-I69) ในปีงบประมาณทุกกลุ่มอายุ ในกรณีที่มีการวินิจฉัยโรคหลักซ้ำภายในระยะเวลามากกว่า 28 วันขึ้นไป ให้นับเป็นผู้ป่วยรายใหม่อีกครั้ง |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ปีงบประมาณ 2567: 237 ต่อแสนประชากร<br>ปีงบประมาณ 2568: 232 ต่อแสนประชากร<br>ปีงบประมาณ 2569: 237 ต่อแสนประชากร<br>ปีงบประมาณ 2570: 237 ต่อแสนประชากร |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อลดอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ประชากรที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ ทุกกลุ่มอายุ ในจังหวัดขอนแก่น |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud |
| **แหล่งข้อมูล** | HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมองในปีงบประมาณ<br>B = จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100,000 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 1 ตุลาคม 2568-รอบการนิเทศที่กำหนด |
| **วิธีการประเมิน** | A: จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis: pdx) จากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง รหัส ICD (I60-I69) ในปีงบประมาณทุกกลุ่มอายุ ในกรณีที่มีการวินิจฉัยโรคหลักซ้ำภายในระยะเวลามากกว่า 28 วันขึ้นไป ให้นับเป็นผู้ป่วยรายใหม่อีกครั้ง ประมวลผลจาก DIAGNOSIS_IPD และ PERSON.DISCHARGE ="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "99" สัญชาติไทย<br>B: จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ ทุกกลุ่มอายุ |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| 227 ต่อแสนประชากร | 230 ต่อแสนประชากร | 233 ต่อแสนประชากร | 237 ต่อแสนประชากร |

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)<br>(ปี 2566 -2568)</td><td>ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)
<table>
<tr><th>ผลงาน</th><th>ปี 2566</th><th>ปี 2567</th><th>ปี 2568</th></tr>
<tr><td>จังหวัดขอนแก่น</td><td>281.68</td><td>281.40</td><td>288.57</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>ชื่อ นางสาวประภัสสร แสนละมุน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน 043-221125 ต่อ 150 โทรศัพท์มือถือ 082-8365237<br>โทรสาร 043-224037 E-mail : matoom.27290@gail.com<br>กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน |
| **เป้าประสงค์ที่ 4** | ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐานมีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ และไร้รอยต่อ |
| **ตัวชี้วัดที่ 23** | ระดับคะแนนความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วย Intermediate care* ให้ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง หรือจน Barthel index = 20 ภายในระยะเวลา 6 เดือน |
| **คำนิยาม** | **การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง** (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติ ของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่อง จนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพโดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลทุกระดับ (A/S/M/F) โดยให้บริการผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และให้บริการในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เยี่ยมบ้าน เป็นต้น<br>***ผู้ป่วย Intermediate care** หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาล<br>**Intermediate ward** คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึงผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย วันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน/ สัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/ สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1 Intermediate bed คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึงผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)<br>**การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่างๆนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพรวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ<br>**กิจกรรมการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก** ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ และภายนอก เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชนคลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียน<br><u>หมายเหตุ</u> - การให้บริการ intermediate bed/ward สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัด และเขตสุขภาพ |

| คำย่อ | คำเต็ม | คำอธิบาย |
|---|---|---|
| BI | Barthel ADL index | แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20 |
| IMC | Intermediate care | การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง |
| IPD | In-patient department | หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา |
| Stroke | Cerebrovascular accident | การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64 |
| TBI | Traumatic brain injury | การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 - S069 |
| SCI | Spinal cord injury | การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD 10 ต่อไปนี้ S14.0 - S14.1, S24.0 - S24.1, S34.0 -S34.1, S34.3 |
| | Fracture Hip (Fragility fracture) | การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD 10 ต่อไปนี้ S72.0-S72.2 |
| | Multiple Impairments | ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception |

| | |
|---|---|
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ระดับคะแนนความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วย Intermediate care* = 5 คะแนน |
| **วัตถุประสงค์** | 1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟสูมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Hip Fracture (Fragility fracture) โดยผู้ป่วยได้รับบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน<br>2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ<br>3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย<br>4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติพร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | 1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury Spinal Cord Injury รายใหม่หรือ กลับเป็นซ้ำ ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด<br>2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility hip fracture) |

| | |
|---|---|
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศ CUP กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ และคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา IMC |
| **แหล่งข้อมูล** | 1.โปรแกรม IMC@nRefer หรือ Spread sheets ที่พัฒนาขึ้นเฉพาะ<br>2.ระบบรายงาน HDC ของแต่ละโรงพยาบาล |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนผู้ป่วย IMC ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ภายในระยะเวลา 6 เดือน<br>A1 = จำนวนผู้ป่วย Intermediate Care* ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตาม จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง หรือจน Barthel index = 20 ภายในระยะเวลา 6 เดือน<br>B1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นสภาพระยะและติดตามทั้งหมด<br>A2 = จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* ตามกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น<br>B2 =A1 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A1/B1) × 100 และ (A2/B2) × 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | รายงาน Cockpit ทุก **3** เดือน<br>และตามรอบนิเทศงานจังหวัด 2 ครั้ง/ปี (ไตรมาส 1 และไตรมาส 3) |
| **วิธีการประเมิน** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล<br>แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้<br>1. DATA; Register 10 คะแนน แบ่งออกเป็น 2 ข้อย่อย<br>2. Station Rehabilitation 20 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ข้อย่อย<br>3. วัดผลความสำเร็จ (คุณภาพ) 70 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ข้อย่อย<br>ตามรายละเอียด ดังนี้<br>1. งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วย ระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552<br>2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่3) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์<br>3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ.2562<br>4. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟู สมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562<br>5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567<br>6. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์(Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์ |
| **Small Success ปี 2569** | - |

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)<br>(ปี 2566 -2568)</td><td>ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)
<table>
<tr><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="5">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2564</td><td>2565</td><td>2566</td><td>2567</td><td>2568</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ร้อยละ</td><td>99.57</td><td>88.64</td><td>80.01</td><td>93.5</td><td>95.23</td></tr>
<tr><td colspan="5">ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>1. ชื่อ-สกุล...นางกัณฐมณี สินพิทักษ์เขต ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ<br>โทรศัพท์มือถือ : 09-42914-289 E-mail : Khunsin9999@gmail.com<br>2. ชื่อ-สกุล..นางสาวสกลรัตน์ พาลาฮาด ตำแหน่ง หัวหน้างานบริการทางการแพทย์<br>โทรศัพท์มือถือ : 09-4289-1345 E-mail : PALAHAD 2510@gmail.com<br>3. ชื่อ-สกุล..นางศิริมา นามประเสริฐ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ<br>โทรศัพท์ 0-4322-1125 ต่อ 122... โทรสาร 0-4322-4037<br>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 4** | ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิขั้นสูงมีคุณภาพได้มาตรฐานมีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ |
| **ตัวชี้วัดที่ 24** | อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง |
| **คำนิยาม** | **อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด** หมายถึง อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (bacteremia) ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture 100,000 ราย (per 100,000 tested patients) โดย focus เชื้อดื้อยาที่เป็น hospital origin ดังต่อไปนี้<br>1. *Acinetobacter baumannii* ดื้อต่อยา carbapenem (CRAB)<br>2. *Klebsiella pneumoniae* ดื้อต่อยา carbapenem (CRKP)<br>3. *Escherichia coli* ดื้อต่อยา carbapenem (CREC)<br>**hospital origin** หมายถึง การติดเชื้อภายหลังจากเข้านอนในโรงพยาบาลมากกว่า 2 วันปฏิทิน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | **1.เกณฑ์เป้าหมายระดับจังหวัด : อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง > 5% (เทียบกับปี 2568)** |

| ปีงบประมาณ 67 | ปีงบประมาณ 68 | ปีงบประมาณ 69 |
|---|---|---|
| อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ A. baumannii, K.pneumoniae, E. coli ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 66 | อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 67 | อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 68 |
| **ผลงาน 2567 = 44.65 (ไม่ผ่านเกณฑ์)** | **ผลงาน 2568 = 43.43 (ไม่ผ่านเกณฑ์)** | **เป้าหมายปี 2569 = 38.43**** |

**KPI ย่อยระดับจังหวัด ดังนี้**

1. ร้อยละของรพ.ผ่านเกณฑ์การสั่งจ่ายยา ATB 4 โรค > 60 % (21 รพ.)
2. ร้อยละของรพ.สต.สั่งจ่ายยา ATB ใน 2 โรค (AD และ URI) ผ่านเกณฑ์ ≥80% (joint KPI กับ อบจ.)
3. รพ.ระดับ A-M2 ประเมิน Integrated AMR ผ่านเกณฑ์ 100%

**2. เกณฑ์เป้าหมายระดับพื้นที่** : **ผ่านเกณฑ์คะแนน = 5** คะแนน

| เกณฑ์ | KPI | คะแนน |
|---|---|---|
| **1. Pre-hospital** | 1.คะแนนความรอบรู้ในการใช้ยา (RDU literacy) ร้านชำ/อสม./จนท. | 0.5 |
| | 2.ร้านชำได้รับการเฝ้าระวังตามเกณฑ์ G-RDU > 60%/ตำบล | 0.5 |
| | 3.ร้านชำที่เฝ้าระวังผ่านเกณฑ์ G-RDU >70 % (joint KPI)** | 1 |
| | 4.มีการฝึกอบรมและ update ความรู้การสั่งจ่ายยา ATB ให้แก่ รพ.สต.ทุกแห่งในเครือข่าย | 0.5 |
| **2. In-hospital** | 5.อัตราการสั่งจ่ายยา ATB 4 โรคในรพ.ผ่านเกณฑ์ (AD/URI/FTW/APL) | |
| | 6.ร้อยละความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา ATB sepsis/pneumonia ≥ ร้อยละ 90 (DUE day 1 & day4) | |
| | 7.มีผลการประเมินตนเองและจัดทำแผนบูรณาการ Integrated AMR 5 ด้าน (เฉพาะ รพ.F1-F3) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 8.คะแนนการประเมิน Integrated AMR ผ่านเกณฑ์ (เฉพาะ รพ. A-M2) | |

| | |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์** | **1.วัตถุประสงค์หลัก** : เพื่อลดการป่วยและเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา<br>**2.วัตถุประสงค์เฉพาะ** :<br>2.1 ส่งเสริมการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล/รพ.สต.<br>2.2 ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาทั้งในรพ.และชุมชน<br>2.3 ควบคุมกำกับติดตามการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยา |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | 1. กลุ่มเป้าหมาย “อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง” ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป A, S, M1, M2 (หรือ SAP; $P^+$, P, $A^+$, A ที่มีห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา) 7 แห่ง ดังนี้<br>รพ.ขอนแก่น/ชุมแพ/สิรินธร/พล/บ้านไผ่/กระนวน<br>2. รพ. 26 แห่ง<br>3. ร้านชำ > 60% / หมู่บ้าน (ทุกหมู่บ้าน)<br>4. รพ.สต.ทุกแห่ง<br>5. อสม.ทุกหมู่บ้าน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1.รายงานจากโปรแกรม AMASS กองบริหารการสาธารณสุข<br>2.รายงานจาก HDC<br>3.Dash board G-RDU |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป A, S, M1, M2 (หรือ SAP; $P^+$, P, $A^+$, A ที่มีห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา)<br>เป้าหมาย รพ.ขอนแก่น/ชุมแพ/สิรินธร/พล/บ้านไผ่/กระนวน |
| **รายการข้อมูล** | **อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง**<br>A1 = อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา CRAB ในกระแสเลือด<br>(สูตร A1 = จำนวนผู้ป่วย CRAB x 100,000 / จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture)<br>A2 = อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา CRKP ในกระแสเลือด<br>(สูตร A2 = จำนวนผู้ป่วย CRKP x 100,000 / จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture)<br>A3 = อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา CREC ในกระแสเลือด<br>(สูตร A3 = จำนวนผู้ป่วย CREC x 100,000 / จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture)<br>**A = A1 + A2 + A3**<br>B = อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา CRAB, CRKP, CREC ในกระแสเลือด ปีปฏิทิน พ.ศ. 2569<br>(baseline แบ่งตามระดับระดับโรงพยาบาล)<br>**A < B** อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ *A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli* ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลในรอบที่วัดผล ต้องต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกันของปีปฏิทิน 2568 (baseline)<br>**KPI ย่อยระดับจังหวัด 5 รายการ**<br>1). ร้อยละของรพ.ผ่านเกณฑ์การสั่งจ่ายยา ATB 4 โรค > 60 % (21 รพ.)<br>2). ร้อยละของรพ.สต.สั่งจ่ายยา ATB ใน 2 โรค (AD และ URI) ผ่านเกณฑ์ ≥80% (joint KPIกับ อบจ.)<br>3). จำนวนร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการกระจายยาอย่างสมเหตุผล<br>4). มีเครื่องมือ/กลไกการดักจับการจำหน่ายยา ATB ในช่องทาง online<br>5). รพ.ระดับ A-M2 ประเมิน Integrated AMR ผ่านเกณฑ์ 100% |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **A < B** |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุก 6 เดือน (2 รอบ)<br>รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค.–ธ.ค. 68 เทียบกับปีปฏิทิน 67 (ม.ค.-ธ.ค.67) |

| | |
|---|---|
| | รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค.–มิ.ย. 69 เทียบกับปีปฏิทิน 68 (ม.ค.-ธ.ค.68) |
| **วิธีการประเมิน** | การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| 1.รพ.และรพ.สต.มีเครื่องมือ check list ในการสั่งจ่ายยา ATB<br>2.ร้อยละของรพ.ผ่านเกณฑ์การสั่งจ่ายยา ATB 4 โรค > 30 % | 1. มีเครื่องมือ/กลไกการดักจับการจำหน่ายยา ATB ในช่องทาง online<br>2.อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด < 2 % | 1.ร้อยละของรพ.ผ่านเกณฑ์การสั่งจ่ายยา ATB 4 โรค > 60 %<br>2. ร้อยละของรพ.สต.สั่งจ่ายยา ATB ใน 2 โรค (AD และ URI) ผ่านเกณฑ์ ≥80% (joint KPI กับ อบจ.)**<br>3. จำนวนร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการกระจายยาอย่างสมเหตุผล | 1.อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด < 5 %<br>2). รพ.ระดับ A-M2 ประเมิน Integrated AMR ผ่านเกณฑ์ 100% |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ตัวชี้วัด | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2566 | 2567 | 2568 |
| | 44.15 | ร้อยละ | 45.82 | 44.65 | 43.43 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1.นางศศิธร เอื้ออนันต์ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สสจ.ขอนแก่น
Email: sasitorneu@gmail.com โทร 081-3910199
2.นางนิสรา ศรีสุระ เภสัชกรชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
Email: nissaran2003@gmail.com โทร 081-5450172

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 4** | ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อ มีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ |
| **ตัวชี้วัดที่ 25** | ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **คำนิยาม** | **การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermedlite care, IMC)** หมายถึง การบริบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหวิช (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A,S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาล ลูกข่ายและให้บริการintermediate bedward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย I60 - I69<br>**คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย** อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเหลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโธคมาวาตาและลมอุทธังคมาวาตา พัดระคนกัน (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์,2542 2546) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0,U61.19<br>**การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก** หมายถึง บริการการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่<br>1) การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก<br>2) การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก<br>- การนวดเพื่อการรักษา ฟื้นฟูสภาพ<br>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา ฟื้นฟูสภาพ<br>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ<br>- การพอกยาสมุนไพร - ฝังเข็ม<br>3) การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ตำรับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง และยาสหัสธารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการ ของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, 2558)<br>**ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care)** หมายถึง ผู้ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย I60-I69 ตามด้วย<br>- รหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0 - U61.19 ควบคู่กับการให้หัตถการแผนไทย(900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42<br>- รหัสโรคด้านการแพทย์แผนจีน U78.110 - U78.117 ควบคู่กับการให้หัตถการ การแพทย์แผนจีน 9991801, 9991810, 9021801, 9991811,90301801 |

| | |
|---|---|
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 22<br>ปีงบประมาณ 2569: ≥22<br>ปีงบประมาณ 2570: ≥23 |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ และเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) เข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (Community base) |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนไทยจากข้อมูล 43 แฟ้ม HDC จังหวัดขอนแก่น |
| **แหล่งข้อมูล** | ข้อมูล 43 แฟ้ม จาก HDC จังหวัดขอนแก่น |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U61.0 ถึง U61.19 และให้หัตถการ (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัว มีรหัส 3 ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U78.110 ถึง U78.117 และให้หัตถการแพทย์แผนจีน 9991801 หรือ 9991810 หรือ 9021801 หรือ 9991811 หรือ 9031801 อย่างใดอย่างหนึ่ง ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก<br>B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก<br>= จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ได้รับการดูแล ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (คน) X 100<br>จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) (คน) |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ตามรอบการนิเทศและประเมินผล 2 ครั้ง/ปี |
| **วิธีการประเมิน** | ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 22 |
| **Small Success ปี 2569** | - |

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)<br>(ปี 2566 -2568)</td><td>ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2566</td><td>2567</td><td>2568</td></tr>
<tr><td>จังหวัดขอนแก่น</td><td>5.72</td><td>11.01</td><td>8.17</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>1) นายธนกฤต สุระอามาตย์ ตำแหน่ง : แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ<br>2) นายพงศกร อินทร์เอี่ยม ตำแหน่ง : แพทย์แผนไทยชำนาญการ<br>3) นางวาสนา ทิพเลิศ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ<br>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โทรศัพท์ 043-221125 ต่อ 238<br>โทรศัพท์มือถือ 092-4456195<br>โทรสาร 043-224037<br>e-mail : Thanakrit.mook@gmail.com</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 4** | ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อ มีประสิทธิภาพและไร้ร้อยต่อ |
| **ตัวชี้วัดที่ 26** | ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ แบบไม่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน<br>**การบริการด้านการแพทย์แผนไทย** หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น<br>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร<br>- การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์<br>- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชาเพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืชหรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น<br>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ<br>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ<br>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ<br>- การทับหม้อเกลือ<br>- การพอกยาสมุนไพร<br>- กานวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ<br>- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ<br>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ<br>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย<br>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก<br>- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง<br>- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน<br>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย<br>1. โรคสตรี: U50 ถึง U52<br>2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55<br>3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60<br>4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72<br>5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75<br>6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77<br>รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1I00 ถึง 1I081)<br>1I00 ผู้ป่วยได้รับการนวดเพื่อการรักษาที่บ้าน<br>1I01 การบริการนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน |

| | |
|---|---|
| | 1I02 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน<br>1I020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน<br>1I03 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน<br>1I04 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน<br>1I05 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน<br>1I050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอาบสมุนไพรที่บ้าน<br>1I051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน<br>1I052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน<br>1I053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน<br>1I058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน<br>1I06 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือที่บ้าน<br>1I060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนั่งถ่านที่บ้าน<br>1I07 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน<br>1I070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน<br>1I071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริบาลทารกด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน<br>1I08 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน<br>1I080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน<br>1I081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน<br>รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (1I100 ถึง 1I183)<br>1I100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)<br>1I101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย<br>นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น<br>1I102 การให้บริการสมาธิบำบัด<br>1I103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)<br>1I104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนิฟแอสซิสต์ (Nerve Assist) 1I105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)<br>1I110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)<br>1I111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง<br>(Low-Caeb Diet)<br>1I112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)<br>1I113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น<br>1I180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)<br>1I181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น<br>1I182 การให้บริการกัวซา (Guasa)<br>1I183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกาย ด้วยอาหารและสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)<br><br>**การบริการด้านแพทย์ทางเลือก** หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือ<br>การบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง |

<table>
<tr><td></td><td>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน<br>1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78<br>2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>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></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และ การฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ และหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัย พระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับบริการปฐมภูมิ ในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน) ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (cup)</td></tr>
<tr><td>กลุ่มเป้าหมาย</td><td>สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>ข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนไทยจากข้อมูล 43 แฟ้ม HDC จังหวัดขอนแก่น</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>ข้อมูล 43 แฟ้ม จาก HDC จังหวัดขอนแก่น</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล</td><td>A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือการสั่งจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือการให้หัตถการ (900-77-00 ถึง 900-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1I00 ถึง 1I081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (1I100 ถึง 1I183) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z<br>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)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก<br>= <u>จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(ครั้ง) X 100</u><br>จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มารับบริการ (ครั้ง)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ตามรอบการนิเทศและประเมินผล 2 ครั้ง/ปี</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **วิธีการประเมิน** | ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 22<br>- ผลงาน ≥ 22 % = 5<br>- ผลงาน 18 – 21.99 % = 4<br>- ผลงาน 14 – 17.99 % = 3<br>- ผลงาน 10 – 13.99 % = 2<br>- ผลงาน < 9.99 % = 1 |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| - | - | - | 22 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| Baseline data | ผลการดำเนินงานรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---|---|---|---|
| | 2566 | 2567 | 2568 |
| จังหวัดขอนแก่น | 21.43 | 22.09 | 21.90 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1) นายพงศกร อินทร์เอี่ยม ตำแหน่ง : แพทย์แผนไทยชำนาญการ
2) นางวาสนา ทิพเลิศ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 043-221125 ต่อ 238 โทรศัพท์มือถือ 099-0169811 โทรสาร 043-224037

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 4** | ระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน ระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ และไร้รอยต่อ |
| **ตัวชี้วัดที่ 27** | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี |
| **คำนิยาม** | **1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ด้วยรหัส E10-E14 และได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน โดยอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ Type area 1,3<br>**2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C ในรอบปีงบประมาณ 2569<br>**3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี** หมายถึง<br>3.1 ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีโรคร่วม มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 7 หรือ<br>3.2 ผู้ป่วยเบาหวาน มีโรคร่วม มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ 8<br>**หมายเหตุ :** รหัส ICD10 มีโรคร่วม ได้แก่<br>1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25<br>2. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50<br>3. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69<br>4. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5<br>5. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ปีงบประมาณ 2567: 40<br>ปีงบประมาณ 2568: 40<br>ปีงบประมาณ 2569: 40<br>ปีงบประมาณ 2570: 40 |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางระบบต่างๆ เช่น ตา ไต ระบบประสาทส่วนปลาย ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งหมด Type area 1 , 3 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล** | A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี<br>B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 12 เดือน |

| | |
|---|---|
| **วิธีการประเมิน** | A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 – E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่ จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA1C (LABFU.LABTEST =“0531601”) ระดับ HbA1C ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT – HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม – HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า ร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม<br>B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD,CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 – E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1” , “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON.DISCHARGE=“9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย) |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| 25 | 30 | 35 | 40 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2566 | 2567 | 2568 |
| | ร้อยละ | 26.69 | 31.79 | 30.01 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวปภาดา สุระอามาตย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ที่ทำงาน 043 - 221152 , 221750 ต่อ 150 โทรสาร 043 - 224037
โทรศัพท์มือถือ 081 3803219 E-mail : sangdern.sopa@gmail.com
โทรศัพท์มือถือ 094 9165542 E-mail : arphasara.nurse@gmail.com

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 4** | ระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน ระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ และไร้รอยต่อ |
| **ตัวชี้วัดที่ 28** | ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี |
| **คำนิยาม** | ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง รหัส I10-I15<br>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140/90 mmHg ในชวงปีงบประมาณ 2568 ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ปีงบประมาณ 2567: 60<br>ปีงบประมาณ 2568: 60<br>ปีงบประมาณ 2569: 60<br>ปีงบประมาณ 2570: 65 |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อควบคุมและลดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคอัมพาต |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ<br>ทั้งหมด Type area 1 , 3 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล** | A : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140/90 mmHg ในปีงบประมาณ<br>B : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 12 เดือน |
| **วิธีการประเมิน** | A : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10 – I15 ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1” , “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และอยู่จริง) ,3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHAGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION= “099” (สัญชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| 45 | 50 | 55 | 60 |

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)<br>(ปี 2566 -2568)</td><td>ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)
<table>
<tr><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</td></tr>
<tr><td>2566</td><td>2567</td><td>2568</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>53.22</td><td>59.30</td><td>58.96</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>ชื่อ-สกุล นางแสงเดือน โสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>นางสาวปภาดา สุระอามาตย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด<br>หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน 043 - 221152 , 221750 ต่อ 150 โทรสาร 043 - 224037<br>โทรศัพท์มือถือ 081 3803219 E-mail : sangdern.sopa@gmail.com<br>โทรศัพท์มือถือ 094 9165542 E-mail : arphasara.nurse@gmail.com</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 5** | ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ |
| **ตัวชี้วัดที่ 29** | ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 |
| **คำนิยาม** | **ระบบสุขภาพปฐมภูมิ** หมายถึง กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ<br>**หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ** (Network of Primary Care Unit : NPCU) หมายถึง<br>1) หน่วยบริการที่ต้องผ่านการประเมินมาตรฐานฯ จำนวน 298 หน่วย<br>2) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จำนวน 170 ทีม<br>**แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine : FM)** หมายถึงแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ ได้แก่<br>1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor<br>2. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562<br>**คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ** หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว<br>**บริการสุขภาพปฐมภูมิ** หมายถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ<br>ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้<br>(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้นการผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาชาเฉพาะที่ |

<table>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>1 เป้าหมายหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562<br><table><tr><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</td><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570</td></tr><tr><td>PCU/NPCU จำนวน 298 หน่วย<br>ร้อยละ 100</td><td>PCU/NPCU จำนวน 298 หน่วย<br>ร้อยละ 100</td></tr></table><br>2 เป้าหมายการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ<br><table><tr><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</td><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570</td></tr><tr><td>170 ทีม<br>ร้อยละ 100</td><td>170 ทีม<br>ร้อยละ 100</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อขับเคลื่อนการจัดตั้งและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพที่กำหนดใน พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการปฐมภูมิในทุกพื้นที่เพื่อรองรับระบบสุขภาพเชิงรุกและดูแลประชาชนแบบต่อเนื่อง ตลอดจนสร้างความมั่นใจให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และมีคุณภาพตามหลักธรรมาภิบาลด้านสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>กลุ่มเป้าหมาย</td><td>1 หน่วยบริการปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานฯ จำนวน 298 หน่วย ได้แก่<br>1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 252 หน่วย<br>2) หน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 36 หน่วย<br>3) หน่วยบริการปฐมภูมิฯ สังกัดอื่นๆ จำนวน 10 หน่วย<br>2 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นทะเบียนฯ จำนวน 170 ทีม</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1. จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (https://pcustandard.moph.go.th)<br>2. รายงานผลการประเมินคุณภาพมาตรฐาน ของคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม.</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1. ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (https://pcustandard.moph.go.th)<br>2. รายงานผลการประเมินคุณภาพมาตรฐาน ของคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม.<br>3. เอกสารประกอบการนิเทศงานของอำเภอ ที่เตรียมเพื่อรับการนิเทศงานประจำปี 2569</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล</td><td>1. คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับอำเภอ ที่เป็นปัจจุบัน<br>2. รายงานผลการตรวจประเมินพื้นที่ตนเอง ของคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ระดับ CUP<br>3. รายงานผลการตรวจประเมินของคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. (ประเมินไขว้)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>1. หน่วยบริการปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ สูตร (A/B) x 100<br>A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ<br>B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนรวม 298 หน่วย<br>2. ขึ้นทะเบียน PCU/NPCU สูตร (A/B) x 100<br>A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน<br>B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนการจัดตั้ง 170 ทีม</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลา</td><td>ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **ประเมินผล** | (ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4) |
| **วิธีการประเมิน** | 1. ประเมินผลจากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (https://pcustandard.moph.go.th)<br>2. คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ออกประเมินในพื้นที่ช |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| **ระดับจังหวัด** | | | |
| - ทบทวนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามคู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570<br>- ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับจังหวัดและอำเภอ | - อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสหวิชาชีพ และ ค.ป.ค.ม. (มาตรฐาน, เครื่องมือ, ระบบข้อมูล)<br>- ประชุมถอดบทเรียนการพัฒนาหน่วยบริการ<br>- รับรองการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ | - ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ (มหกรรมปฐมภูมิ จ.ขอนแก่น)<br>- เยี่ยมเสริมพลังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน<br>- รับรองการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ | - ตรวจสอบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน<br>- รับรองการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ |
| **ระดับพื้นที่** | | | |
| - ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับอำเภอ และส่งข้อมูลให้จังหวัด<br>- ค.ป.ค.ม. ทบทวนเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามคู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2568-2570 | - คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ระดับ CUP ออกตรวจประเมินในพื้นที่ตนเอง (ตามความเป็นจริง) และจัดทำแผนการพัฒนาตามส่วนขาดที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่อย่างน้อย 1 ประเด็น<br>- จัดกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อร่วมกันพัฒนาส่วนขาด<br>- คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ประเมินไขว้ และ สรุปผลการดำเนินงานและมีการบันทึกผลการตรวจประเมินในระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (https://pcustandard.moph.go.th) | - คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. ประเมินไขว้และ สรุปผลการดำเนินงานและมีการบันทึกผลการตรวจประเมินในระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (https://pcustandard.moph.go.th) | - รายงานสรุปผลการดำเนินงาน |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

**1.**หน่วยบริการปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2566 | 2567 | 2568 |
| 295 หน่วย<br>ร้อยละ 98.99 | ร้อยละ | N/A | 123<br>ร้อยละ 41.28 | 295<br>98.99 |

2.ขึ้นทะเบียน PCU/NPCU

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2566 | 2567 | 2568 |
| 170 ทีม<br>ร้อยละ 100 | ร้อยละ | 126 ทีม<br>(เป้า 169 ทีม)<br>ร้อยละ 74.56 | 128 ทีม<br>(เป้า 170 ทีม)<br>ร้อยละ 75.29 | 170 ทีม<br>(เป้า 170 ทีม)<br>ร้อยละ 100 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

นางสาวผดารณัช พลไชยมาตย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 236 โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 08 5855 1669 e-mail phadarnuch@gmail.com
นางสาวมัลลิกา สุขไชย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 236 โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 08 2335 7390 e-mail Mallika1416@gmail.com

**ผู้กำกับตัวชี้วัด**

นางวรรณกร ตาบ้านดู่ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 236 โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 06 3583 5552 e-mail fnmyi89k@gmail.com
นางอนุรักษ์ สะตะ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 236 โทรสาร 0 4322 4037
โทรศัพท์มือถือ 08 9617 6378 e-mail anuraksata@gmail.com

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 2** | พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม |
| **เป้าประสงค์ที่ 5** | ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ |
| **ตัวชี้วัดที่ 30** | ร้อยละของการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ |
| **คำนิยาม** | **หน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายถึง<br>1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 แห่ง<br>2. หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่จัดบริการโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่มีข้อมูลผู้ป่วยนอกในระบบ HDC จำนวน 19 แห่ง (เอกสารแนบท้าย 1)<br>**หน่วยบริการแม่ข่าย** หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ที่ดูแลระบบส่งต่อ ด้านการบำบัดรักษา ฟื้นฟูของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ<br>**Outpatient Visit (OP VISIT)** หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด (ยกเว้น บริการส่งเสริม การคัดกรอง และการควบคุมโรค)<br>**การแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine** คือการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อให้บริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพระยะไกลแก่ผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการอาจอยู่ห่างไกลกัน ทั้งนี้รวมถึงการวินิจฉัย การรักษา การติดตามผลสุขภาพ และการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ผ่านช่องทางออนไลน์หรืออุปกรณ์ดิจิทัลต่าง ๆ โดยแอปพลิเคชันเฉพาะทาง คือ **หมอพร้อม หรือ สอน.บัดดี้** ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ปีงบประมาณ 2568: -<br>ปีงบประมาณ 2569: ร้อยละ 10<br>ปีงบประมาณ 2570: ร้อยละ 20 |
| **วัตถุประสงค์** | 1.ลดความแออัดในหน่วยบริการ<br>2.เพิ่มการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ที่เป็นทางเลือกที่สอดคล้องและเป็นบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน<br>3.เพิ่มความสะดวก ลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ<br>4.เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุข |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ปีงบประมาณ 2568: -<br>ปีงบประมาณ 2569: ร้อยละ 10<br>ปีงบประมาณ 2570: ร้อยละ 20 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. ข้อมูลการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ได้แก่ ระบบ สอน. บัดดี และ หมอพร้อม station<br>2. ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. ข้อมูลการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ได้แก่ ระบบ สอน. บัดดี และ หมอพร้อม station<br>2. ข้อมูลผู้ป่วยทีเข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) |

| | |
|---|---|
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนการเข้ารับบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (ครั้ง)<br>B = จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด (ยกเว้น บริการส่งเสริม การคัดกรองและการควบคุมโรค) (ครั้ง) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A /B ) x 100<br>(จำนวนการเข้ารับบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (ครั้ง)x 100<br>จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด<br>(ยกเว้น บริการส่งเสริม การคัดกรองและการควบคุมโรค) (ครั้ง) |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 3 |
| **วิธีการประเมิน** | ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค. 2568 – ก.ย. 2569) |

**Small Success ปี 2569**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| -ประชุมเตรียมความพร้อมการดำเนินงาน Telemedicine<br>-ออกพื้นที่ทดสอบระบบ Telemedicine ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น<br>-จัดกิจกรรม Kick Off Telemedicine และการประชุมชี้แจงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น<br>-ติดตาม Work Flow ของโรงพยาบาลแม่ข่าย | -ควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงาน<br>-ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการให้บริการ Telemedicine ร้อยละ 10 | - เยี่ยมเสริมพลัง คัดเลือก Best Practice หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>-ร้อยละ100 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการให้บริการ Telemedicine ร้อยละ 10 | -วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน<br>-ถอดบทเรียน/แก้ไขปัญหาการดำเนินงาน<br>-คืนข้อมูลแก่หน่วยบริการ |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data) (ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ตัวชี้วัด | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2566 | 2567 | 2568 |
| | | | | | |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

นางสาวมัลลิกา สุขไชย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0-4322-1125 ต่อ 236 โทรศัพท์มือถือ 082 - 3357390

**ผู้กำกับตัวชี้วัด**

นางวรรณกร ตาบ้านดู่ ตำแหน่งนักสาธารสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน ปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0-4322-1125 ต่อ 236 โทรศัพท์มือถือ 063-5835552
นางอนุรักษ์ สะตะ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ
กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0 4322 1125 ต่อ 236 โทรศัพท์มือถือ 089-6176378

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 3** | พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ |
| **เป้าประสงค์ที่ 6** | บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ |
| **ตัวชี้วัดที่ 31** | บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง (Regulator/ กฎหมาย/ พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535/ Hard skill/ Soft skill/ AI) |
| **คำนิยาม** | **1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ** หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราวปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป<br>**2. สมรรถนะ** หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ทักษะความสามารถหรือคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลสร้างผลงานโดดเด่นได้ในองค์กรสมรรถนะที่ผู้ปฏิบัติงานในทุกตำแหน่งและในทุกระดับในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำเป็นที่จะต้องมี สมรรถนะที่กำหนดขึ้นเพราะมีความจำเป็นสำหรับภารกิจการปฏิบัติงานในหน้าที่ และตำแหน่งงานนั้นๆ<br>**ประกอบด้วย**<br>**<u>สมรรถนะภารกิจหลัก</u>**<br>1. สมรรถนะด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่<br>2. สมรรถนะด้านการดำเนินงานตามกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุข<br>3. สมรรถนะหลัก (Core Competency) 5 ด้าน<br>- ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์<br>- ด้านการให้บริการที่ดี<br>- ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ<br>- ด้านความยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม<br>- ด้านการทำงานเป็นทีม<br>3.1 ทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง<br>- ทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ<br>- ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์<br>3.2 Soft Skills<br>- ทักษะการสื่อสาร<br>- ทักษะความยืดหยุ่นในการทำงาน<br>- ทักษะการทำงานเป็นทีม<br>- ทักษะการมีทัศนคติเชิงบวก<br>- ทักษะการจัดการเวลา<br>**<u>สมรรถนะภารกิจรอง</u>**<br>1. สมรรถนะด้านการทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น องค์กรเอกชนและภาคประชาสังคมในพื้นที่ระดับอำเภอ/ตำบล<br>2. สมรรถนะด้านการประเมินผล การดำเนินงานของเครือข่ายบริการสุขภาพ<br>3. สมรรถนะด้านการควบคุมมาตรฐานการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่<br>4. สมรรถนะด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายเร่งด่วนด้านสุขภาพของรัฐบาล กระทรวง เขตสุขภาพและจังหวัด<br>5. สมรรถนะด้านการพัฒนาวิชาการแก่บุคลากรสาธารณสุข องค์กรสุขภาพภาคประชาชนสนับสนุนวิชาการและการวิจัยทีเกี่ยวข้องกับสุขภาพ |

| | |
|---|---|
| | 6. สมรรถนะด้านสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขให้ได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม<br>7. สมรรถนะด้านดิจิทัล ทักษะการใช้ AI ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพสร้างนวัตกรรมบริการ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | 1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะหลัก ได้แก่ สมรรถนะด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ สมรรถนะด้านการดำเนินงานตามกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุข และสมรรถนะหลัก (Core Competency) 5 ด้าน<br>2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาสมรรถนะรองอย่างน้อย 1 ด้าน โดยมุ่งเน้นที่สมรรถนะด้านดิจิทัล ทักษะการใช้ AI ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพสร้างนวัตกรรมบริการ<br>3. สำนักงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรุปผลการปฏิบัติงานทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประชาชนในพื้นที่ |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขอำเภอ<br>2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะและทักษะบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ<br>3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประชาชนในพื้นที่ |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลจากเอกสารการเข้ารับการอบรม ได้แก่<br>1. แผนการพัฒนารายบุคคล (IDP) และรายกลุ่ม<br>2. สำเนาใบประกาศนียบัตรใบรับรองการอบรม ในระบบ online และ onsite เครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>3. เอกสารแบบฟอร์มการปฏิบัติงานการจัดการข้อร้องเรียน ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่การตรวจมาตรฐานการดำเนินงานตามกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุข<br>4. จัดทำสรุปผลการพัฒนารายบุคคล และรายกลุ่ม และสรุปผลการปฏิบัติงานทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประชาชนในพื้นที่ |
| **แหล่งข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ |
| **รายการข้อมูล** | A = บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ<br>B = จำนวนสมรรถนะที่ได้รับการอบรม (หลักและรอง) และสรุปผลการปฏิบัติงานทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประชาชนในพื้นที่ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | AxB/100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาสที่ 3 |
| **วิธีการประเมิน** | ประเมินผลจาก<br>1. การวิเคราะห์แบบสำรวจสมรรถนะบุคลากร สสอ. รูปแบบ Google form<br>2. แผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ<br>3. สรุปผลการพัฒนาการรายบุคคล (Individual Development Plan) และรายกลุ่ม |

| | |
|---|---|
| | 4. รายงานความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและสรุปผลการปฏิบัติงานทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ผลการดำเนินงานการจัดการ ข้อร้องเรียนประชาชนในพื้นที่ |

**Small Success ปี 2569**

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2566 | 2567 | 2568 |
| 87.69 | ร้อยละ | - | 69.23 | 87.69 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2566 | 2567 | 2568 |
| 87.69 | ร้อยละ | - | 69.23 | 87.69 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1. นางมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทร. 043-221125 ต่อ 113 e-mail : m.phuhongtong@gmail.com
2. นายวีระพงษ์ กิตติศิริวัฒนกุล ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทร. 043-221125 ต่อ 113 e-mail : hrd.khonkaen@gmail.com

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 3** | พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ |
| **เป้าประสงค์ที่ 6** | บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ |
| **ตัวชี้วัดที่ 32** | บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง |
| **คำนิยาม** | **1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ** หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราวปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป<br>**2. สมรรถนะ** หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ทักษะความสามารถหรือคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลสร้างผลงานโดดเด่นได้ในองค์กรสมรรถนะที่ผู้ปฏิบัติงานในทุกตำแหน่งและในทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ จำเป็นที่จะต้องมี สมรรถนะที่กำหนดขึ้นเพราะมีความจำเป็นสำหรับภารกิจการปฏิบัติงานในหน้าที่ และตำแหน่งงานนั้นๆ<br>**ประกอบด้วย**<br>**<u>สมรรถนะภารกิจหลัก</u>**<br>1. สมรรถนะหลัก (Core Competency) 5 ด้าน<br>- ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์<br>- ด้านการให้บริการที่ดี<br>- ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ<br>- ด้านความยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม<br>- ด้านการทำงานเป็นทีม<br>2. ทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง<br>- ทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ<br>- ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์<br>3. Soft Skills<br>- ทักษะการสื่อสาร<br>- ทักษะความยืดหยุ่นในการทำงาน<br>- ทักษะการทำงานเป็นทีม<br>- ทักษะการมีทัศนคติเชิงบวก<br>- ทักษะการจัดการเวลา<br>**<u>สมรรถนะภารกิจรอง</u>**<br>1. สมรรถนะด้านการทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น องค์กรเอกชนและภาคประชาสังคมในพื้นที่ระดับอำเภอ/ตำบล<br>2. สมรรถนะด้านการประเมินผล การดำเนินงานของเครือข่ายบริการสุขภาพ<br>3. สมรรถนะด้านการควบคุมมาตรฐานการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่<br>4. สมรรถนะด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายเร่งด่วนด้านสุขภาพของรัฐบาล กระทรวง เขตสุขภาพและจังหวัด<br>5. สมรรถนะด้านการพัฒนาวิชาการแก่บุคลากรสาธารณสุข องค์กรสุขภาพภาคประชาชนสนับสนุนวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ<br>6. สมรรถนะด้านสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขให้ได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม<br>7. สมรรถนะด้านดิจิทัล ทักษะการใช้ AI ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพสร้างนวัตกรรมบริการ |

| | |
|---|---|
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | 1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ ได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะหลัก ได้แก่ สมรรถนะหลัก (Core Competency) 5 ด้าน<br>2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ ได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาสมรรถนะรอง อย่างน้อย 1 ด้าน โดยมุ่งเน้นที่สมรรถนะด้านดิจิทัล ทักษะการใช้ AI ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพสร้างนวัตกรรมบริการ |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข<br>2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะและทักษะบุคลากร<br>3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการจัดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประชาชนในพื้นที่ |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลจากเอกสารการเข้ารับการอบรม ได้แก่<br>1. แผนการพัฒนารายบุคคล (IDP) หรือรายกลุ่ม<br>2. แบบสรุปผลการวิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา สมรรถนะบุคลากรของ CUP<br>3. แผนงาน/โครงการฝึกอบรม จากการวิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร<br>4. จัดทำสรุปผลการพัฒนารายบุคคล และรายกลุ่ม และสรุปผลการดำเนินงานตามสมรรถนะ |
| **แหล่งข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลจากเครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>จำนวน 26 อำเภอ |
| **รายการข้อมูล** | A = บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ<br>B = จำนวนสมรรถนะที่ได้รับการอบรม (หลักและรอง) และโครงการการส่งเสริมสมรรถนะบุคลากรระดับ CUP |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | AxB/100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาสที่ 3 |
| **วิธีการประเมิน** | ประเมินผลจาก<br>1. ผลการวิเคราะห์แบบสำรวจสมรรถนะบุคลากร รูปแบบ Google form จัดทำโดยสสจ.ขอนแก่น<br>2. แผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) หรือ รายกลุ่ม ของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอ<br>3. โครงการหรือแผนปฏิบัติการ เพื่อ ส่งเสริม พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น Hard skill/Soft skill/ AI<br>4. บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 อำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง Hard skill/Soft skill/ AI<br>5. รายงานความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและสรุปผลการปฏิบัติงานทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข |

Small Success ปี 2569

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| 1. จัดทำแบบสำรวจสมรรถนะบุคลากรเพื่อประเมินสมรรถนะรายบุคคล รูปแบบ Google form<br>2. จัดประชุมชี้แจงสำรวจประเมินสมรรถนะบุคลากร<br>3. วิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา สมรรถนะบุคลากรของ CUP<br>4. จัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และกลุ่ม บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับ cup<br>5. CUP จัดทำแผนงาน/โครงการฝึกอบรมจากการวิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร Hard skill/ Soft skill/ AI | 1. บุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) และกลุ่ม บุคลากรของ CUP Hard skill/ Soft skill/ AI ในรูปแบบ Online หรือ Onsite<br>2. ติดตาม กำกับความก้าวหน้าโครงการ | 1. สรุปผลการพัฒนาการรายบุคคล (Individual Development Plan) และกลุ่ม<br>2. ประชุมติดตามรายงานความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและการผลการดำเนินงาน | 1. จัดเวทีสรุปผลการดำเนินงาน และคืนข้อมูล การพัฒนาและจัดทำแบบสรุปผลการฝึกอบรม การปฏิบัติงานทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข |

| | |
|---|---|
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**<br>**(ปี 2566 -2568)** | - |
| **ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด** | 1. นางมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ<br>กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โทร. 043-221125 ต่อ 113 e-mail : m.phuhongtong@gmail.com<br>2. นายวีระพงษ์ กิตติศิริวัฒนกุล ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ<br>กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โทร. 043-221125 ต่อ 113 e-mail : hrd.khonkaen@gmail.com |

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 4** | การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล |
| **เป้าประสงค์ที่ 7** | การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล |
| **ตัวชี้วัดที่ 33** | ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดนำไปแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น |
| **คำนิยาม** | **1. ผลงานวิจัย/ ผลงาน R2R (Routine to Research)** หมายถึง ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์หรือวิธีการที่เชื่อถือได้ ซึ่งต้องเป็นไปตามระเบียบวิธีหรือกฎเกณฑ์ที่ถูกต้อง/ การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด เพื่อให้ได้ความรู้ที่เชื่อถือได้มีเหตุมีผลเป็นไปตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และนำไปใช้อย่างเป็นประโยชน์ในการให้บริการด้านสาธารณสุข แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจังหวัดขอนแก่นได้<br>**2. นวัตกรรม (Innovative)** หมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น ที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน<br>**3. นวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management)** หมายถึง นวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น<br>**4. เทคโนโลยีทางสุขภาพ** หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้ หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)<br>**5. การพัฒนาต่อยอด** หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม<br>**6. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์** หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้<br>**7. ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น** หมายถึง ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุข ในการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2569<br>**หมายเหตุ:** ผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่หรือปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น เป็นผลงานที่มีการดำเนินการในช่วง 1 ต.ค. 2568 – 30 ก.ย. 2569 และไม่เป็นผลงานที่เป็นวิทยานิพนธ์ /ไม่เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการเรียนการสอน/การศึกษาต่อ หรือไม่เป็นผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับให้สูงขึ้น (อวช.)<br>**8. ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น เป้าหมายที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น เพื่อเพิ่มอายุคาดเฉลี่ย LE /HALE และยุทธศาสตร์การยกระดับหน่วยบริการ SAP/Service Plan/Health Need ได้แก่**<br>1. การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง*<br>2. หลอดเลือดสมอง**<br>3. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด**<br>4. เบาหวานและความดันโลหิตสูง** |

| | |
|---|---|
| | 5. การบาดเจ็บทางถนน<br>6. วัณโรคปอด<br>7. ไตวายเรื้อรัง<br>8. สุขภาพจิตและยาเสพติด<br>9. แม่และเด็ก<br>10. มะเร็งทุกชนิด<br>11. โรคตับ<br>**ปัญหาจังหวัด และเลือกตามบริบทปัญหาของพื้นที่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | 1. เครือข่ายบริการสุขภาพมีผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจังหวัดขอนแก่น<br>2. เครือข่ายบริการสุขภาพมีการนำผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ไปใช้ประโยชน์ |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อแก้ไขปัญหาสาธสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดขอนแก่น โดยงานวิจัย/R2R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด<br>2. เพื่อเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดขอนแก่น เมื่อแรกเกิด (LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี ตามเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | เครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลจากเครือข่ายบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูลผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| **รายการข้อมูล** | ฐานข้อมูลผลงานวิจัย 1 ตุลาคม 2568 – 30 กันยายน 2569 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | - |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาสที่ 3-4 |
| **วิธีการประเมิน** | **ประเมินผลจาก**<br>1. จำนวนวิจัย หรือนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>2. คุณภาพผลงานวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์<br>3. สัดส่วนจำนวนวิจัยต่อจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>4. จำนวนวิจัย หรือนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นที่ได้รับพิจารณาเข้ารอบการประกวดผลงานทางวิชาการระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ |

Small Success ปี 2569

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| - วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัด<br>- กำหนดปัญหาที่สำคัญและประชุมเพื่อทบทวนการแก้ไขปัญหาโดยคณะกรรมการวิจัยในระดับ CUP<br>- Facilitator ขับเคลื่อนประสานงาน กำกับติดตามและเป็นพี่เลี้ยงให้กับนักวิจัยใน CUP | - จัดทำโครงร่างวิจัยที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ<br>- เสนอพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์<br>- ดำเนินการวิจัย<br>- พัฒนาศักยภาพนักวิจัย | -สรุปผลการวิจัย<br>- นำผลงานไปใช้ประโยชน์จริงในหน่วยงานหรือชุมชนประชาชน<br>- นำเสนอผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ในเวทีระดับจังหวัด เขตสุขภาพ ประเทศ<br>- เผยแพร่ผลงานวิจัยระดับจังหวัด เขตสุขภาพ ประเทศ | - ผลงานวิจัย R2R และนวัตกรรมที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมารวมถึงมีการนำไปใช้ประโยชน์ และได้รับพิจารณาเข้ารอบการประกวดผลงานทางวิชาการระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2566 | 2567 | 2568 |
| 400 | จำนวน | 283 | 329 | 448 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1. นางมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043 221125 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 085 4199464
2. นางสาวบุษราคัม บุญหนองเหล่า ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043 221125 ต่อ 130 โทรศัพท์มือถือ : 093 3712649
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 4** | การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูงบริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล |
| **เป้าประสงค์ที่ 7** | มีเทคโนโลยีนวัตกรรมการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ |
| **ตัวชี้วัดที่ 34** | จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัลและมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ |
| **คำนิยาม** | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัลและมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นที่มีการบริหารจัดการองค์กรโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นกลไกหลักในการยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุข พร้อมมีระบบความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | 1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะอย่างน้อยผ่านเกณฑ์ระดับเงินขึ้นไป<br>2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อยกระดับการบริการของโรงพยาบาลโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล<br>ในการบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและความปลอดภัย<br>2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล<br>โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางตอบสนองความต้องการของประชาชนและความจำเป็นด้านสุขภาพได้<br>3. เพื่อให้การบริการจัดการของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ สามารถลดขั้นตอนการทำงาน<br>ลดภาระงานของบุคลากร และลดการใช้ทรัพยากร<br>4. เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคลากรให้ก้าวทันเทคโนโลยีในปัจจุบัน<br>5. เพื่อยกระดับความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ของโรงพยาบาล<br>6.เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและกฎหมายด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล<br>และความมั่นคงปลอดภัยของภาครัฐ |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (รพศ. 1 แห่ง /รพท. 5 แห่ง/ รพช. 20 แห่ง) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1.การบันทึกผล : ให้บันทึกผลการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะและผลการดำเนินงาน cyber security ปี 2569 ในระบบประเมิน KPI Dashboard ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>2.ผู้จัดเก็บข้อมูล : ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลอัจฉริยะและความปลอดภัยทางไซเบอร์ |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. โรงพยาบาลอัจฉริยะ https://bdh-service.moph.go.th/smarthosp-quest<br>2. Cyber Security https://ict.moph.go.th/th |
| **รายการข้อมูล** | การขับเคลื่อนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัลและมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ ประจำปีงบ พ.ศ.2569<br>1.เกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 4 ด้าน ดังนี้<br>1. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน<br>2. ด้านบริหารจัดการ<br>3. ด้านการให้บริการ<br>4. ด้านบุคคลากร<br>2.เกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ประกอบด้วย 11 ข้อ และ Plus 6 ข้อ ดังนี้<br>1. Backup<br>2. Antivirus Software<br>3. Access Control (Public และ Private)<br>4. Privileged Access Management (PAM)<br>5. Business Continuity Plan (BCP) และDisaster Recovery Plan (DRP)<br>6. OS Patching |

| | |
|---|---|
| | 7. Multi-Factor Authentication (2FA)<br>8. Web Application Firewall (WAF)<br>9. Log Management<br>10. Security Information & Event Management (SIEM)<br>11. Vulnerability Assessment (VA Scan)<br>Plus 6 ข้อ<br>1.สำรวจและปิดระบบงานที่ไม่ได้ใช้งานเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล<br>2.อัพเดทซอร์ฟแวร์หรือแพตช์ ด้านความปลอดภัยอยู่เสมอ<br>3.Network Segmentation การแบ่งแยกเครือข่ายระบบสำคัญ ออกจากเครือข่ายระบบอื่น<br>4.ใช้ซอฟต์แวร์ถูกลิขสิทธิ์<br>5.Penetration Testing ทดสอบเจาะระบบสำคัญ หรือ ที่มีความเสี่ยงและแก้ไขช่องโหว่หรือความเสี่ยงนั้น<br>6.มีนโยบายด้ายการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึง การส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบุคากรด้านดังกล่าว |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | A+B / 2 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | รายไตรมาส |
| **วิธีการประเมิน** | การประเมินผล แบบสะสมช่วงเวลา<br>ไตรมาสที่ ๑ ไม่ประเมิน<br>ไตรมาสที่ ๓ |
| **Small Success ปี 2569** | |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) (ปี 2566 -2568)** | **ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)** |

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2566 | 2567 | 2568 |
| | | - | ๒๐ | ๒๒ |

| | |
|---|---|
| **ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด** | ชื่อ-สกุล น.ส.สมจิตร เดชาเสถียร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ<br>โทรศัพท์มือถือ ๐๙๘-๑๐๑-๐๗๕๔ e-mail : nongsomdec@gmail.com<br>ชื่อ-สกุล นายกนกศักดิ์ ศักดิ์คำแหง ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ<br>โทรศัพท์มือถือ ๐๙๖-๘๑๐๘๖๕๐ e-mail : at.kanoksak@gmail.com<br>ชื่อ-สกุล นายสุทธิศักดิ์ ธรรมพล ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ<br>โทรศัพท์มือถือ ๐๘๒-๓๐๕-๗๕๗๒ e-mail : buboocs@gmail.com |

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 4** | การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล |
| **เป้าประสงค์ที่ 8** | หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน |
| **ตัวชี้วัดที่ 35** | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน |

**คำนิยาม**

**มาตรฐานคุณภาพ** หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพสถานบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้
1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA ขั้นมาตรฐาน หรือ ขั้นก้าวหน้า
2.มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ
3.มาตรฐานการรับรองโรงพยาบาล Joint Commission International JCI) ระดับ Full Accreditation

**1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA (Hospital Accreditation)**

| ระดับ | มาตรฐาน |
|---|---|
| **HA ขั้นที่ 1** | โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง |
| **HA ขั้นที่ 2** | โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/ พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ ขั้น 2 |
| **HA ขั้นมาตรฐา**น | โรงพยาบาลที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน |
| **ขั้นก้าวหน้า** | การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองขั้นก้าวหน้าได้นั้นจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแรงและมีความพร้อมในการพัฒนามีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป |

**มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA ขั้นมาตรฐาน แบ่ง รพ. เป็น 3 กลุ่ม**

<u>กลุ่มที่ 1</u> โรงพยาบาลที่เตรียมรับการรับรองคุณภาพ HA จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ แวงใหญ่, เปือยน้อย, หนองสองห้อง, ชุมแพ, ภูผาม่าน, ซำสูง, น้ำพอง

<u>กลุ่มที่ 2</u> โรงพยาบาลที่ธำรงรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 15 แห่ง ได้แก่ หนองเรือ, ชนบท, อุบลรัตน์, ภูเวียง, มัญจาคีรี, พระยืน, บ้านฝาง, กระนวน, สีชมพู,เขาสวนกวาง, สิรินธร จ.ขอนแก่น, พล, แวงน้อย, บ้านไผ่, ขอนแก่น

<u>กลุ่มที่ 3</u> โรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้น 1 - 2 จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โนนศิลา, โคกโพธิ์ไชย, เวียงเก่า, หนองนาคำ

**2.มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4)**

ใช้สำหรับส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาและประเมินผลการรับรองการดำเนินงานพัฒนาสถานพยาบาลตามกฎหมายประกาศบังคับใช้กับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เป็นมาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2549 ประกาศบังคับใช้กับสถานพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศ (ทุกสังกัด ทุกกระทรวง) มาตรฐานประกอบด้วย 9 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ
ด้านที่ 2 ด้านบริการสุขภาพ
ด้านที่ 3 ด้านอาคาร สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก
ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม
ด้านที่ 5 ด้านความปลอดภัย
ด้านที่ 6 เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
ด้านที่ 7 ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ
ด้านที่ 8 ด้านสารสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ
ด้านที่ 9 ด้านรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

**การประเมินระดับการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ**

| ระดับ | มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ |
|---|---|
| **ระดับพื้นฐาน** | สถานพยาบาลเน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา/ความเสี่ยงการให้บริการ การดูแลสถานที่ และสภาพแวดล้อม หามาตรการป้องกันและดำเนินการต่อเนื่อง มีแผนการบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพ และมีกำลังคนที่ชัดเจน ซึ่งสถานพยาบาลเองต้องมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ระดับพื้นฐาน คือ มีคะแนนด้านใดด้านหนึ่งจาก 9 ด้าน ต่ำกว่า 60%</u> |
| **ระดับพัฒนา** | สถานพยาบาลมีการเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกันทุกหน่วยภายในองค์กร เน้นการนำข้อมูลวิชาการ และมาตรฐานในแต่ละด้านมาสู่การปฏิบัติ มีการติดตามบริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพัฒนา คือ มีคะแนนทุกด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป</u> |
| **ระดับคุณภาพ** | สถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพครบถ้วน มีรูปธรรมของการพัฒนาที่ชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับคุณภาพ คือ มีคะแนนในทุกด้าน ทั้ง 9 ด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 85% ขึ้นไป</u> |

**3.มาตรฐานการรับรองโรงพยาบาล Joint Commission International (JCI) ระดับ Full Accreditation** เป็นมาตรฐานในการกำกับดูแลของ The Joint Commission ซึ่งเป็นสถาบันของสหรัฐอเมริกาที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ประเมิน 8 ด้าน ครอบคลุมทุกแง่มุมของการบริหารและการให้บริการในโรงพยาบาล ดังนี้

3.1 การดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety and Quality of Care)
3.2 การบริหารจัดการองค์กร (Governance, Leadership and Direction)
3.3 การบริหารจัดการทรัพยากร (Facility Management and Safety)
3.4 การให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาล (Medical and Nursing Care)
3.5 การจัดการข้อมูลและสารสนเทศ (Information Management)
3.6 การศึกษาและการพัฒนาพัฒนาบุคลากร (Staff Education and Training)
3.7 การประเมินผลและการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement)

3.8 การดูแลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)

**การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ**

1. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน นำไปสู่การปรับปรุงการจัดบริการ โดยมีเป้าหมาย ดังนี้
   1) การให้บริการมีคุณภาพ และความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน
   2) เพื่อลดข้อจำกัดขั้นตอน ทำให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ
   3) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ

2.ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่โรงพยาบาล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จัดทำแบบฟอร์มประเมิน พร้อมกับ QR code ให้โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในห้วงเวลาที่กำหนด และโรงพยาบาลวิเคราะห์ผลการสำรวจความพึงพอใจ นำผลการวิเคราะห์มากำหนดแนวทาง/แผนงาน เพื่อปรับปรุงการจัดบริการที่เหมาะสมให้แก่ผู้รับบริการ

**เกณฑ์เป้าหมาย**

| 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 |

**วัตถุประสงค์**

พัฒนาคุณภาพ รพศ./รพท./รพช. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน พร้อมธำรงรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมีความปลอดภัย และทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกสบายเกิดความพึงพอใจในระบริการสุขภาพ

**กลุ่มเป้าหมาย**

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย
โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง, โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง รวมจำนวน 26 แห่ง

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล**

1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จัดเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) www.ha.or.th
2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จัดเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ กองวิศวกรรมการแพทย์ www.hs4.hss.moph.go.th
3. โรงพยาบาลรายงานสถานการณ์การรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน
4.ระบบรายงานข้อมูลประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล สสจ.ขอนแก่น

**แหล่งข้อมูล**

1. เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) www.ha.or.th สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
2. เว็บไซต์ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ กองวิศวกรรมการแพทย์ ww.hs4.hss.moph.go.th
3. รายงานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ.2569
4. รายงานการรับรองมาตรฐานบริการ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ กองวิศวกรรมการแพทย์ ww.hs4.hss.moph.go.th
5. ผลสำรวจการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

**รายการข้อมูล**

1. สถานการณ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
2. ข้อมูลการประเมินตนเองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) 9 ด้าน จากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ กองวิศวกรรมการแพทย์
3. รายงานสรุปผลการสำรวจประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล

| | |
|---|---|
| | 4. แผนงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | - |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ไตรมาส 2 - 4 |
| **วิธีการประเมิน** | **ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4)** |

**Small Success ปี 2569**

| 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 (22 แห่ง) | 16 | 17 | 19 | 19 |

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

| ผลงาน การผ่านการรับรองคุณภาพ HA | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงาน | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2566 | 2567 | 2568 |
| รพ.ขอนแก่น, รพ.ชุมแพ, รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น (3 แห่ง) | ร้อยละ | 3 | 3 | 3 |
| โรงพยาบาลชุมชน (19 แห่ง) | ร้อยละ | 16 | 18 | 17 |
| โรงพยาบาลระดับ F3 (4 แห่ง) | ร้อยละ | 4 | 4 | 4 |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1. นางประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทร 062 6148231
2. นางสาวสิรินพร ประชุมแดง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
เบอร์โทร 086 4130167
3. นางศิริมา นามประเสริฐ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 0-4322-1125 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ 062 6148231
E-mail : hakhonkaen68@gmail.com

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 4** | **การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล** |
| **เป้าประสงค์ที่ 8** | **หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน** |
| **ตัวชี้วัดที่ 36** | **จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาศักยภาพเป็นองค์กรสมรรถนะสูง Smart สสอ.ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค** |
| **คำนิยาม** | Smartสสอ.ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยมีการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยภารกิจ ดังนี้<br>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยมีการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยภารกิจ ดังนี้<br>1.จัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอซึ่งมีองค์ประกอบด้านกายภาพ/บุคลากร/อุปกรณ์ จัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอซึ่งมีองค์ประกอบด้านกายภาพ/บุคลากร/อุปกรณ์/คู่มือ/สถานที่ ครบถ้วน โดยกำหนดให้มี<br>1) จัดทำและติดตั้งป้ายชื่อศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ<br>2) จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ศูนย์ฯผ่านให้บริการผ่านสื่อออนไลน์ เช่น เว็บไซต์/ Line group/ Facebook<br>3) จัดให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกผู้รับบริการในการอนุญาตสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่โน๊ตบุ๊ค/ปริ้นเตอร์<br>4) จัดให้มีจุดพักคอย<br>5) คู่มือการให้บริการประชาชน<br>6) มีการสำรวจความพึงพอใจ/ความต้องการของผู้มารับบริการ<br>2.จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาการขออนุญาตฯ ผ่านระบบออนไลน์ ได้แก่ ระบบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (Skynet) และ ระบบกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (Biz Portal)<br>3.จัดให้มีบริการอนุญาตเปิดสิทธิ์การเข้าใช้ระบบ Skynet ของผู้ประกอบการ<br>4.ดำเนินการตรวจสอบมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต Pre-marketing และดำเนินการตรวจเฝ้าระวัง Post-marketing สถานประกอบการด้านสุขภาพในเขตพื้นที่<br>5.ดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการสุขภาพ SAT Team คปสอ.<br>6.ส่งเสริมนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จและหน่วยงานในพื้นที่<br>7.รายงานผลการดำเนินงานโดยผ่านช่องทาง Dash board<br>8.มีการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงานภายใน คปสอ. |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | 15 แห่ง |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อส่งเสริมให้เกิด Smart District Health Consumer Protection สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิตัลเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และ ตอบสนองนโยบายส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพ Health for wealth (ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต) |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ จังหวัดขอนแก่น |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นำข้อมูลผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Dashboard ศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จอำเภอ, คู่มือการดำเนินงานศูนย์ฯ/คู่มือการจัดการเรื่องร้องเรียน และ ผลการนิเทศติดตามศูนย์ฯต้นแบบ |

| | |
|---|---|
| **แหล่งข้อมูล** | สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ |
| **รายการข้อมูล** | 1.คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอ<br>2.รายงานผลการให้บริการผู้ประกอบการผ่านระบบ Dashboard<br>3.แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงานสนับสนุนส่งเสริมนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพในเขตพื้นที่<br>4.บันทึกผลการตรวจสอบเพื่อประกอบการอนุญาต Pre-marketing และ การตรวจเฝ้าระวังประจำปี Post-marketing<br>5.รายงานผลการสำรวจความพึงพอใจ/ความต้องการของผู้รับบริการ<br>6.คู่มือการดำเนินงานศูนย์ฯ/คู่มือการจัดการเรื่องร้องเรียน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาศักยภาพเป็นองค์กรสมรรถนะสูง Smart สสอ.ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 12 เดือน |
| **วิธีการประเมิน** | ผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Dashboard และรายงานตามที่กล่าวข้างต้น |

**Small Success ปี 2569**

| **ระดับพื้นที่** | | | |
|---|---|---|---|
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| - ทบทวน/ปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ<br>- วางแผนขับเคลื่อน การจัดตั้งศูนย์ร่วมกับชมรมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดทำ action plan<br>-แต่ละแห่งมีแผนปฏิบัติการรายประเด็นที่ต้องจัดทำ (อย่างน้อย 4 ประเด็นตามข้อกำหนด smart สสอ. 8 ข้อ)<br>- จัดทำโครงการพัฒนา Smart สสอ.ระดับจังหวัด | -การจัดการอบรมวิชาการกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค<br>-การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้งานระบบออนไลน์ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการประจำศูนย์<br>-การจัดตั้งศูนย์เบ็ดเสร็จตามแผนที่กำหนด<br>- การจัดซื้ออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น โน๊ตบุ๊ค ปริ้นเตอร์<br>-การจัดอบรมการขออนุญาตติดตามและสนับสนุนผู้ประกอบการในการยื่นขออนุญาตผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ในเขตพื้นที่ | -ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ<br>ทุกภาคส่วน โดยสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างศูนย์บริการสุขภาพและหน่วยงานในพื้นที่<br>-การจัดการประชุมประจำปี<br>ของภาคีเครือข่าย<br>-การประชาสัมพันธ์แผนงานและข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆเช่น LineGroup, Facebook | -การออกนิเทศในพื้นที่ของศูนย์ต้นแบบและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน<br>-การมอบป้ายศูนย์ฯ ต้นแบบ<br>-การสรุปและรายงานผลการนิเทศแก่ผู้บริหารเพื่อนำไปสู่การปรับปรุง<br>-มีศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จต้นแบบระดับอำเภอ จำนวนไม่น้อยกว่า 15 แห่ง |

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)<br>(ปี 2566 -2568)</td><td>ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</td></tr>
<tr><td>2566</td><td>2567</td><td>2568</td></tr>
<tr><td>10</td><td>จำนวน (แห่ง)</td><td>1</td><td>5</td><td>10</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>1. ชื่อ-สกุล : นางสาวชัญญรัชต์ นกศักดา ตำแหน่ง : เภสัชกรชำนาญการพิเศษ<br>2. ชื่อ-สกุล : นางสาวสุปริญญา ประภาสสันติกุล ตำแหน่ง : เภสัชกรชำนาญการ<br>กลุ่มงาน : คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โทร. 043 – 221125 ต่อ 138 โทรศัพท์มือถือ 0996359563, 0945542691, 0801788800</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 4** | การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บุคลากรเป็นมืออาชีพ บริหารด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล |
| **เป้าประสงค์ที่ 9** | มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้ กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ |
| **ตัวชี้วัดที่ 37** | โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ |
| **คำนิยาม** | **<u>ส่วนที่ 1</u> ใช้เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติ ในมิติด้านการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล** ตามเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ที่กำหนดโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพและกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้<br>**1. จัดตั้งงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (ตามหนังสือด่วนที่สุด ที่ สธ 0201.032/ว 1707 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560)**<br>1.1 มีคำสั่ง หรือมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน Audit Chart เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียน<br>1.2 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลของหน่วยงาน<br>**2. การบันทึกข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล**<br>2.1 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก (OPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง<br>2.2 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง<br>2.3 ผู้รับผิดชอบจัดเก็บรายได้ส่งรายงานค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลางให้กับงานบัญชี<br>2.4 รายงานสรุปผลการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD) และผู้ป่วยนอก (OPD) สิทธิกรมบัญชีกลาง<br>**3. กระบวนการเร่งรัดติดตามการเรียกเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล**<br>3.1 กำหนดผู้รับผิดชอบด้านการเร่งรัดติดตามหนี้ค้างชำระและผู้รับผิดชอบการรับชำระหนี้แยกออกจากกัน<br>3.2 มีการเร่งรัดติดตามการชำระหนี้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน<br>**<u>ส่วนที่ 2</u> การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS)** น้ำหนักเน้นในเรื่องต่อไปนี้<br>2.1 ประเมินการดำเนินงานในตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)<br>1) การบริหารแผนทางการเงิน (Planfin) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกินร้อยละ 5<br>- มิติรายได้<br>- มิติค่าใช้จ่าย<br>2) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน<br>- ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้ายา & เวชภัณฑ์มิใช่ยา ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน<br>- ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ≤ 60 วัน<br>- ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ ≤ 60 วัน<br>- การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) ≤ 60 วัน ยกเว้นรพ.พื้นที่เกาะ ≤ 90 วัน<br>3) การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย<br>- Unit Cost for OP<br>- Unit Cost for IP<br>- LC ค่าแรงบุคลากร |

| | |
|---|---|
| | - MC ค่ายา<br>- MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์<br>- MC ค่าเวชภัณฑ์มิใช่ยาและวัสดุการแพทย์<br>4) คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น<br>5) ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ<br>- อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน มากกว่าหรือเท่ากับ 80 %<br>- Sum of AdjRW เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5 %<br>2.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน (Operating Indicators)<br>1) ความสามารถในการทำกำไร<br>- ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)<br>- อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)<br>- ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) มากกว่าหรือเท่ากับ 0<br>2) การวัดสภาพคล่องทางการเงิน<br>- ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) มากกว่าหรือเท่ากับ 0<br>- Cash Ratio มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 แห่ง |
| **วัตถุประสงค์** | โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น มีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพไม่มีความเสี่ยงด้านการเงิน (ระดับ 4 - 7) ศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 แห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ตามรอบประเมินผล CUP 2 ครั้ง/ปี โดยกำกับติดตามข้อมูล ผ่านกระบวนการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด และผลงานตามแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลที่รับการตรวจประเมิน กลุ่มงานตรวจสอบภายใน และกลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล** | 1. สรุปผลการประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) จากหน้าเว็บไซต์ระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ กลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<br>2. งบทางการเงินจากงบทดลอง และผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาล<br>3. รายงานการประชุม และรายงานตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นกำหนดให้รายงาน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1. คะแนนประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ที่กำหนดโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเว็บไซต์ https://eia.moph.go.th คะแนนเต็ม 100 คะแนน<br>2. คะแนนประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) รายไตรมาส ในเว็บไซต์ https://hfo.moph.go.th ไตรมาสล่าสุด คะแนนเต็ม 100 คะแนน |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ประเมินผลการดำเนินงานในรอบนิเทศรอบที่ 2/2569 โดยใช้คะแนน EIA ปีงบประมาณ 2569 และผลประเมิน TPS ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2569 |

**วิธีการประเมิน**

**คะแนนที่ได้แบ่งระดับการดำเนินการเป็น 5 ระดับ** ตามคะแนนดังนี้

| ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
|---|---|---|---|---|
| 65 - 69 | 70 - 74 | 75 - 79 | 80 - 84 | 85 ขึ้นไป |

**เกณฑ์การดำเนินการปี 2569** จำนวนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การดำเนินการ ระดับ 5 ขึ้นไป 24 แห่ง และเป้าหมาย ในปีต่อ ๆ ไป ดังนี้

| ปีงบประมาณ 67 | ปีงบประมาณ 68 | ปีงบประมาณ 69 | ปีงบประมาณ 70 |
|---|---|---|---|
| **22** แห่ง | **23** แห่ง | **24** แห่ง | **26** แห่ง |

Small Success ปี 2569 -

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)**
**(ปี 2566 -2568)**

**ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)**

จากผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5 มิติ ในมิติด้านการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ที่กำหนดโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เว็บไซต์ https://eia.moph.go.th) และผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V 3.0 (TPS) ที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เว็บไซต์ https://hfo.moph.go.th) คำนวณผลการดำเนินดังนี้

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

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1.**ชื่อ-สกุล** นางวีระวรรณ เหล่าวิทวัส **ตำแหน่ง** หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
**โทรศัพท์** 043-221125 ต่อ 160 161 **โทรศัพท์มือถือ** 089-6224515
**โทรสาร** 043-224037 **E-mail :** vaccine2543@gmail.com
**2. ชื่อ-สกุล** นางสุภาวดี เกาวนันทน์ **ตำแหน่ง** หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
**โทรศัพท์** 043-221125 ต่อ 158 **โทรศัพท์มือถือ** 084-6010418
**โทรสาร** 043-224037 **E-mail :** supa116@gmail.com
**3. ชื่อ-สกุล** นายจักรพรรดิ ภูวนารถ **ตำแหน่ง** นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
**โทรศัพท์** 043-221125 ต่อ 160 161 **โทรศัพท์มือถือ** 088-7369550
**โทรสาร** 043-224037 **E-mail :** maestro_goy1997@hotmail.com

| | |
|---|---|
| **ยุทธศาสตร์ที่ 5** | **ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงามและแพทย์แผนไทย** |
| **เป้าประสงค์ที่ 10** | **ประชาชนและนักท่องเที่ยวได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและบริการ รวมถึงเพิ่มมูลค่าสินค้าและบริการทางสุขภาพ** |
| **ตัวชี้วัดที่ 38** | **ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต** |
| **คำนิยาม** | ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ)<br>ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการรายย่อยในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ดังนี้<br>1. วิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการรายย่อยภายในชุมชนที่จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชนหรือเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548<br>2. วิสาหกิจรายย่อย และวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. 2562<br>3. สถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พ.ร.บ. โรงงาน พ.ศ. 2562 ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับ กฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับ และมาตรฐานต่างๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ จนสามารถได้รับการอนุญาตใหม่ ร้อยละ 95 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ประกอบการที่ได้รับ การส่งเสริม ต่อพื้นที่จังหวัด หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับ อนุญาต โดยมีเป้าหมายร้อยละ 95 ต่อจังหวัด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 95 |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้ ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยกระตุ้น เศรษฐกิจ สร้างรายได้และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ประกอบการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นำผลพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเข้าระบบ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล** | A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาตทั้งจังหวัด<br>B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมตามแผนรวมทั้งจังหวัด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 3, 6, 9 และ 12 เดือน |
| **วิธีการประเมิน** | จากรายงานสรุปผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| Small Success ปี 2569 | |

| **ระดับพื้นที่** | | | |
|---|---|---|---|
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| - | ร้อยละ 35 | ร้อยละ65 | ร้อยละ 95 |

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(Baseline Data)<br>(ปี 2566 -2568)</td><td>ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</td></tr>
<tr><td>2566</td><td>2567</td><td>2568</td></tr>
<tr><td>100</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>1. ชื่อ-สกุล : นางสาวชัญญรัชต์ นกศักดา ตำแหน่ง : เภสัชกรชำนาญการพิเศษ<br>2. ชื่อ-สกุล : นางสาวสุปริญญา ประภาสสันติกุล ตำแหน่ง : เภสัชกรชำนาญการ<br>กลุ่มงาน : คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โทร. 043 – 221125 ต่อ 138 โทรศัพท์มือถือ 0996359563, 0945542691, 0801788800</td></tr>
</table>

# ภาคผนวก

**รูปภาพประกอบการประชุม**

**ประชุมทบทวนผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568**
**เพื่อเตรียมความพร้อมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569**

รูปภาพประกอบการประชุม

ประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ประเด็น จำแนกเป็น 4 โซนๆละ 1 วัน
ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2568
โซนที่ 1 ประเด็น PP&P Excellence ณ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

**รูปภาพประกอบการประชุม**

**ประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ประเด็น จำแนกเป็น 4 โซนๆละ 1 วัน**
**ระหว่างวันที่ 16 ตุลาคม 2568**
**โซนที่ 2 ประเด็น Service Excellence ณ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น**

**รูปภาพประกอบการประชุม**

**ประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ประเด็น จำแนกเป็น 4 โซนๆละ 1 วัน**
**วันที่ 17 ตุลาคม 2568**
**โซนที่ 3 ประเด็น Governance Excellence ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น**

**รูปภาพประกอบการประชุม**

**ประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ประเด็น จำแนกเป็น 4 โซนๆละ 1 วัน**
**วันที่ 20 ตุลาคม 2568**
**โซนที่ 4 ประเด็น People & Health Related Excellence ณ โรงพยาบาลบ้านชุมแพ จังหวัดขอนแก่น**

**รูปภาพประกอบการประชุม**

**ประชุมทบทวนแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569**
**วันที่ 5 พฤศจิกายน 2568**
**ณ ห้องประชุมหลวงพ่อสายทอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น**

# (สำเนาคู่ฉบับ)

**คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น**

**ที่ ๒๘๔ / ๒๕๖๘**

**เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙**

.....

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๘๐) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ นโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อสภาและแผนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ปี ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และนโยบายสำคัญของรัฐบาล โดยการบูรณาการการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ได้ปัญหาความต้องการจากพื้นที่ ในการจัดทำแผนให้สอดคล้องกันในทุกระดับ

เพื่อเป็นการทบทวนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐) และจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ มีความสอดคล้องกับนโยบายและสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลง และนำไปใช้เป็นกรอบแนวทางในการที่ขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของประชาชนจังหวัดขอนแก่น จึงแต่งตั้งคณะทำงานทบทวนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ดังนี้

**๑. คณะกรรมการอำนวยการ**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๑. | นายอภิชัย | ลิมานนท์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น | ประธาน |
| ๒. | นางสาวกิตติยา | ทองสุข | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) | รองประธาน |
| ๓. | นายวิโรจน์ | เลิศพงศ์พิพัฒน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) | รองประธาน |
| ๔. | นายอดุลย์ | บำรุง | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรมป้องกัน) | กรรมการ |
| ๕. | นางสาลินี | ไวยนนท์ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) | กรรมการ |
| ๖. | นางรุ่งทอง | วัชรนุกูลเกียรติ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) | กรรมการ |
| ๗. | นางวีรวรรณ | รุจิจนากุล | เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) | กรรมการ |
| ๘. | นายกมล | ศรีล้อม | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาธารณสุข) | กรรมการ |
| ๙. | นางสาวศริญทิพย์ | ชาลีเครือ | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตสาธารณสุข) | กรรมการ |
| ๑๐. | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น | | | กรรมการ |
| ๑๑. | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น | | | กรรมการ |

๒ / ๑๒. ผู้อำนวยการ...

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๑๒. | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ | | | กรรมการ |
| ๑๓. | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง | | | กรรมการ |
| ๑๔. | สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ | | | กรรมการ |
| ๑๕. | หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน | | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น | กรรมการ |
| ๑๖. | นายจักรสันต์ | เลยหยุด | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๗. | นายเจษฎา | สุราวรรณ์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๘. | นางธีรนุช | อยู่ลา | นักสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๙. | นางสาวกรกนก | บุญมาหล้า | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๒๐. | นายสรายุ | มันตาพันธ์ | นักสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๒๑. | นายธิติพนธ์ | ธวะบุรี | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

**บทบาทหน้าที่**

๑. กำหนดแนวทาง นโยบาย และกรอบการดำเนินงานในการทบทวนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และนโยบายสำคัญของรัฐบาล

๒. พิจารณาให้ความเห็นชอบร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น และแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

๓. ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาทางวิชาการ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ

๔. ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการอำนวยการ เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและกรอบระยะเวลาที่กำหนด

๕. สนับสนุนและส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น อย่างมีประสิทธิภาพ

**๒. คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐ ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ และจัดทำแผนฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๑. | นางสาวกิตติยา | ทองสุข | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น | ประธาน |
| ๒. | นายจักรสันต์ | เลยหยุด | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข | รองประธาน |
| ๓. | นางสาวสิริพรรณ | พร้อมไวพล | หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล | คณะทำงาน |
| ๔. | นางวราภรณ์ | ชูคันหอม | หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ | คณะทำงาน |
| ๕. | นางศิริมา | นามประเสริฐ | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ | คณะทำงาน |
| ๖. | นางกิตติมา | ก้านจักร | หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด | คณะทำงาน |
| ๗. | นายสมเพชร | ชมบุญ | หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย | คณะทำงาน |
| ๘. | นางสาวสมจิตร | เดชาเสถียร | หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล | คณะทำงาน |

๓ / ๙. นางวรินทร์ทิพย์...

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๙. | นางวรินทร์ทิพย์ | ศรีกงพลี | หัวหน้ากลุ่มงานสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย | คณะทำงาน |
| ๑๐. | นางกนกพร | ธัญมณีสิน | หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข | คณะทำงาน |
| ๑๑. | นางวีระวรรณ | เหล่าวิทวัส | หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ | คณะทำงาน |
| ๑๒. | นางนรินทร์รัตน์ | แก้วลา | หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ | คณะทำงาน |
| ๑๓. | นางสาวจงกลนี | บุญอาษา | หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข | คณะทำงาน |
| ๑๔. | นางวาสนา | ทิพเลิศ | หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | คณะทำงาน |
| ๑๕. | นางสุภาวดี | เกาวนันทน์ | หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป | คณะทำงาน |
| ๑๖. | นางอนุรักษ์ | สะตะ | หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ | คณะทำงาน |

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๑๗. | นางวรินทรัตน์ | ขันธสะอาด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๑๘. | นางอังคณา | อึ้งปิติมานะ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๑๙. | นางวรวลัย | เกษมศรีวิวัฒน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๒๐. | นางสมาพร | สุรเตมีย์กุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๒๑. | นายสุรัตน์ | หินวิเศษ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๒๒. | นางลัดดาวัลย์ | เทียมกลาง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๒๓. | นางวรรณกร | ตาบ้านดู่ | นักสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๒๔. | นางสาวผดารณัช | พลไชยมาตย์ | นักสาธารณสุขปฏิบัติการ | คณะทำงาน |
| ๒๕. | นางสาวมัลลิกา | สุขไชย | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | คณะทำงาน |
| ๒๖. | นายณัฐิวุฒิ | จันตะแสง | นักสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๒๗. | นายชัชวาลย์ | มุ่งแสง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๒๘. | นายกนกศักดิ์ | ศักดิ์กำแหง | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๒๙. | นายอนิวัฒน์ | พูนมณี | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ | คณะทำงาน |
| ๓๐. | นางสาวเอ็มวิกา | แสงชาติ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๓๑. | นางสาวลดาวรรณ | ช่างศรี | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๓๒. | นายธนกฤต | สุระอามาตย์ | แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ | คณะทำงาน |
| ๓๓. | นางนุชศรินทร์ | แพงมา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๓๔. | นางประเพ็ญพร | ชำนาญพงษ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๓๕. | นางกัณฐมณี | สินพิทักษ์เขต | นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ | คณะทำงาน |
| ๓๖. | นางศศิธร | เอื้ออนันต์ | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ | คณะทำงาน |
| ๓๗. | นางสาวชัญญรัชต์ | นกศักดา | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ | คณะทำงาน |
| ๓๘. | นางแสงเดือน | โสภา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๓๙. | นางรุ่งฤดี | ไชยทองศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๔๐. | นางยุภาพร | ดีแป้น | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๔๑. | นางสาวปภาดา | สุระอามาตย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะทำงาน |
| ๔๒. | นางมิ่งขวัญ | ภูหงษ์ทอง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | คณะทำงาน |
| ๔๓. | นายเจษฎา | สุราวรรณ์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | คณะทำงานและเลขานุการ |

๔ / ๔๔. นางธีรนุช...

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๔๔. | นางธีรนุช | อยู่ลา | นักสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๔๕. | นางสาวกรกนก | บุญมาหล้า | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๔๖. | นายสรายุ | มันตาพันธ์ | นักสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๔๗. | นางพิศวาท | อาจอำนวย | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๔๘. | นายธิติพนธ์ | ธวะบุรี | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๔๙. | นางสาวขนมเทียน | สายบัว | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |

**บทบาทและหน้าที่ ดังนี้**

๑. กำหนดข้อมูลที่ใช้ประกอบการจัดทำแผน วิเคราะห์ ปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน นโยบายสภาพปัญหาในพื้นที่ (Strategy need) แหล่งข้อมูล และวิธีการจัดเก็บ พร้อมทั้งทำการจัดเก็บ รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ประกอบการจัดทำแผน

๒. ดำเนินการทบทวน ปรับปรุง แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ให้มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม เหมาะสมสอดคล้องกับนโยบาย ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๓. ทบทวนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น (๒๕๖๖ – ๒๕๗๐) ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ นำสู่การวิพากษ์แผน จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเสนอผู้บริหาร

๔. พัฒนาระบบการติดตาม ควบคุม กำกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๕. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

**๓. คณะกรรมการกลั่นกรองแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐ ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ และจัดทำแผนฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙**

**ผู้แทนจากโรงพยาบาล**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๑. | นายนิทิกร | สอนชา | นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขอนแก่น | คณะทำงาน |
| ๒. | นายศักดิ์ชัย | เกียรติอำนวย | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น | คณะทำงาน |
| ๓. | นายอุรส | สิงห์งาม | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง | คณะทำงาน |
| ๔. | นายปัณณวิชญ์ | มีธรรม | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแวงน้อย | คณะทำงาน |
| ๕. | นายทิว | อุดชาชน | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย | คณะทำงาน |

**ผู้แทนจากสาธารณสุขอำเภอ**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๖. | นายบุญเลิศ | นิลละออง | สาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น | คณะทำงาน |
| ๗. | นายบุญถม | ชัยญวน | สาธารณสุขอำเภอพล | คณะทำงาน |
| ๘. | นายธรรมนูญ | บุญจันทร์ | สาธารณสุขอำเภอหนองเรือ | คณะทำงาน |
| ๙. | นายสมเด็จ | กั้วพิทักษ์ | สาธารณสุขอำเภอเขาสวนกวาง | คณะทำงาน |
| ๑๐. | นายอาคม | ปัญญาแก้ว | สาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์ | คณะทำงาน |

๕ / ผู้แทนหัวหน้า...

**ผู้แทนหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๑๑. | นางพินรัฐ | จอมเพชร | รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น | คณะทำงาน |
| ๑๒. | นางกิ่งทอง | สดายุรัตน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ | คณะทำงาน |
| ๑๓. | นางณิชชารีย์ | ภูมิพาณิชย์ชัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลพล | คณะทำงาน |
| ๑๔. | นางชุติธรรม | นิลพัฒน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสีชมพู | คณะทำงาน |
| ๑๕. | นางนิตยา | สุภามา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบ้านฝาง | คณะทำงาน |

**ผู้แทนหัวหน้ากลุ่มงานแผน/ประกันสุขภาพ**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๑๖. | นายรัฐระวี | พัฒนรัตนโมฬี | ผู้ช่วยผู้อำนวยการภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น | คณะทำงาน |
| ๑๗. | นายอนันต์ | คำอ่อน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชุมแพ | คณะทำงาน |
| ๑๘. | ว่าที่ ร.ต.เกรียงศักดิ์ | ยนต์ชัย | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลหนองเรือ | คณะทำงาน |
| ๑๙. | นายเฉลิมชัย | คำอู | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลหนองสองห้อง | คณะทำงาน |
| ๒๐. | นางสาวศิริลักษณ์ | สีสมบัติ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลซำสูง | คณะทำงาน |

**ผู้แทนหัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิ**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๒๑. | นางจิตรา | ธำรงชัยชนะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น | คณะทำงาน |
| ๒๒. | นางสาวทิพวรรณ | โสภาวรรณกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพล | คณะทำงาน |
| ๒๓. | นางสาวทิพธิญา | เฮียงสอน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลน้ำพอง | คณะทำงาน |
| ๒๔. | นางรัชฎา | ไสวารี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลชนบท | คณะทำงาน |

๖ / ๒๕. นางสาวอัญธิชา...

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๒๕. | นางสาวอัญธิชา | ถามาโยค | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย | คณะทำงาน |

**ผู้แทนผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๒๖. | นายไกรวุฒิ | เอี่ยมสุขวัฒน์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น | คณะทำงาน |
| ๒๗. | นายพิพัฒน์ | เหลืองเลิศบวร | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลชุมแพ | คณะทำงาน |
| ๒๘. | นางวาสนา | โยธานัก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล | คณะทำงาน |
| ๒๙. | นางสาวนิตยา | ดีรักชาติ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสีชมพู | คณะทำงาน |
| ๓๐. | นางสาวนุชนาฏ | หินวิเศษ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระยืน | คณะทำงาน |

**ผู้แทนผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD คลินิก)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๓๑. | นางจันทรา | สุวรรณธาร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น | คณะทำงาน |
| ๓๒. | นางนิรมล | เรืองฤทธิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชุมแพ | คณะทำงาน |
| ๓๓. | นางจูณี | คงทรัพย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน | คณะทำงาน |
| ๓๔. | นางสวนีย์ | มะธิปะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแวงน้อย | คณะทำงาน |
| ๓๕. | นางอมรรัตน์ | จินารักษ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนศิลา | คณะทำงาน |

**ผู้แทนผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค/แพทย์แผนไทย ฯ**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๓๖. | นางสาววชิรานี | วงศ์ก้อม | เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลพล | คณะทำงาน |
| ๓๗. | นางสาวอาทินา | เจริญชาติ | แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน | คณะทำงาน |
| ๓๘. | นายไชยวัฒน์ | ศรีพอ | แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลมัญจาคีรี | คณะทำงาน |
| ๓๙. | นายเปรมศักดิ์ | ปวรรณา | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสีชมพู | คณะทำงาน |
| ๔๐. | นางพนาวัลย์ | ญาณกิตติ์กูร | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบ้านฝาง | คณะทำงาน |

**ผู้แทนผู้รับผิดชอบงานสุขภาพดิจิทัล**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๔๑. | นายสุธี | ทระกุลพันธ์ | รองผู้อำนวยการภารกิจด้านสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลขอนแก่น | คณะทำงาน |

๗ / ๔๒. นายทรงวุฒิ...

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๔๒. | นายทรงวุฒิ | อุดมสิน | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลชุมแพ | คณะทำงาน |
| ๔๓. | นางสาวศิวาพร | พิทักษ์ | นักวิชาการสถิติชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ | คณะทำงาน |
| ๔๔. | นายสมัคร | สอนภิรมย์ | หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลน้ำพอง | คณะทำงาน |
| ๔๕. | นายกิตติศักดิ์ | ชายวิริยางกูร | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลแวงน้อย | คณะทำงาน |
| **ผู้แทนผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต/ผู้แทนเทคนิคการแพทย์** | | | | |
| ๔๖. | นายดารี่ | พลนามอินทร์ | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น | คณะทำงาน |
| ๔๗. | นางพัชนี | คำอ่อน | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชุมแพ | คณะทำงาน |
| ๔๘. | นางสาวนันทนา | มวลเมืองสอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพล | คณะทำงาน |
| ๔๙. | นางศุภิสรา | ยอดสะอี | นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลน้ำพอง | คณะทำงาน |
| ๕๐. | นางสาวสุจิตรา | แสงสุข | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองนาคำ | คณะทำงาน |
| **ผู้แทนผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ** | | | | |
| ๕๑. | นางสาวกรวิกา | น้อยเชียง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเวียง | คณะทำงาน |
| ๕๒. | นางสาวอานนทพร | มุกดาม่วง | นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแฮด | คณะทำงาน |
| ๕๓. | นางแววตา | สุริยันต์ | นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์ | คณะทำงาน |
| ๕๔. | นางพรสวรรค์ | ไชยคุณ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเปือยน้อย | คณะทำงาน |
| ๕๕. | นายสุวิชัย | ถามูลเลศ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล | คณะทำงาน |
| ๕๖. | นายชัยมงคล | ศรีล้อม | นักสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอซำสูง | คณะทำงาน |
| ๕๗. | นายเจษฎา | สุราวรรณ์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | คณะทำงานและเลขานุการ |
| ๕๘. | นางธีรนุช | อยู่ลา | นักสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๕๙. | นางสาวกรกนก | บุญมาหล้า | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

๘ / ๖๐. นายสรายุ...

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๖๐. | นายสรายุ | มันตาพันธ์ | นักสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๖๑. | นางพิศวาท | อาจอำนวย | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๖๒. | นายธิติพนธ์ | ธวะบุรี | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๖๓. | นางสาวขนมเทียน | สายบัว | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |

**บทบาทและหน้าที่ ดังนี้**

๑. พิจารณากลั่นกรอง (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐ ฉบับทบทวน) และแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และนโยบายของรัฐบาล

๒. ตรวจสอบความเชื่อมโยงของเป้าประสงค์ กลยุทธ์ และโครงการภายใต้แผนให้มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ รวมทั้งแนวทางการพัฒนาสุขภาพในระดับจังหวัดและประเทศ

๓. ให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการและแนวทางการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดขอนแก่น

๔. ประเมินความเป็นไปได้ของโครงการและกิจกรรมตามแผน ทั้งด้านงบประมาณ ทรัพยากร และระยะเวลา เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า

๕. จัดทำรายงานผลการกลั่นกรองเสนอคณะกรรมการอำนวยการ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และใช้เป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่นต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายอภิชัย ลิมานนท์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

หัวหน้ากลุ่มงาน.....
หัวหน้างาน.....
ผู้รับผิดชอบ.....
ผู้พิมพ์/ผู้ตรวจ.....

**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น**
**ตามประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น**
**เรื่อง แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)**
**ฉบับทบทวนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙**

**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น**

ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

วัน/เดือน/ปี : ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๘

หัวข้อ : แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ฉบับทบทวนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดขอนแก่นฯ ได้แก่

๑) การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัด กลยุทธ์ และแผนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

๒) ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

Link ภายนอก : - ไม่มี -

หมายเหตุ : .....

| ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล | ผู้อนุมัติรับรอง |
|---|---|
| (นายเจษฎา สุราวรรณ์) | (นายจักรสันต์ เลยหยุด) |
| ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ |
| วันที่ ๓๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข |
| | วันที่ ๓๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ |

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นายอานนท์ สีหาลุน)

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

วันที่ ๓๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘