



# โรงพยาบาลขอนแก่น



## สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพ CUP โรงพยาบาลขอนแก่น

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2567



## คำนำ

ตามที่ได้มีพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 ที่กำหนดแนวทางการปฏิบัติราชการที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเกิดความสุข ตอบสนองความต้องการของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะก่อให้เกิดการรับรู้ผลของการพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) เป็นเครื่องมือและกลไกที่สำคัญในการติดตามการนำนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 และนโยบายจังหวัดขอนแก่น ไปสู่การปฏิบัติ ในส่วนที่ได้รับมอบหมายตามบทบาทภารกิจ ในบทบัญญัติของหน่วยงานในสังกัดทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นได้กำหนดให้มีการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณละ 2 รอบ โดยใช้แบบประเมินผลเป็นเครื่องมือกำกับ ติดตาม พร้อมกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ และเกณฑ์การให้คะแนนเป็นการวัดระดับการพัฒนาของแต่ละหน่วยงาน ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ 40 ตัวชี้วัด

ทั้งนี้ เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP) โรงพยาบาลขอนแก่น ได้มีการนำแผนสู่การปฏิบัติและดำเนินงานตามแผนดังกล่าว จึงได้สรุปรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566 รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารของเครือข่ายสุขภาพ CUP ผู้นิเทศงานและผู้ปฏิบัติงาน ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ร่วมกันจัดรายงานฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คณะผู้จัดทำ

มกราคม 2567

## สารบัญ

♦ คำนำ.....	1
♦ สารบัญ.....	2
♦ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป .....	4
♦ ข้อมูลทั่วไปของอำเภอและสภาพปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่.....	5
♦ ส่วนที่ 2 สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขที่สำคัญ .....	26
♦ สถานการณ์ทางการเงิน และแผนเงินรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ 2567.....	27
♦ รายงานสถานการณ์ทางการเงิน และวิกฤติการเงิน 7 ระดับ ในปีงบประมาณ 2567 .....	27
♦ ประมาณการรายรับเงินบำรุง ปีงบประมาณ 2566 .....	27
♦ สรุปผลงานตามโครงการพระราชดำริ/โครงการเฉลิมพระเกียรติและโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์.....	32
♦ สรุปผลการดำเนินงานตามนโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 .....	33
♦ ส่วนที่ 3 ตารางสรุปคะแนนตามตัวชี้วัด การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) .....	45
♦ สรุปภาพรวมผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการนิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) โรงพยาบาลขอนแก่น รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2567 .....	46
♦ ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน.....	47
♦ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม จำนวน 14 ตัวชี้วัด.....	61
♦ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ จำนวน 2 ตัวชี้วัด.....	69
♦ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล จำนวน 5 ตัวชี้วัด .....	70
♦ ส่วนที่ 4 สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) .....	72
♦ K101 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ .....	73
♦ K102 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ .....	75
♦ K103 ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ .....	77
♦ K106 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย .....	78
♦ K107 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ60 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ตรวจครั้งแรก).....	78
♦ K108 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ..	78
♦ K109 ร้อยละของเด็กอายุ 0 -5 ปี สูงตีสมส่วน.....	79
♦ K110 คะแนนความสำเร็จของการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ เด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน.....	80
♦ K111 คะแนนความสำเร็จของการเฝ้าระวังและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.....	81

## สารบัญ (ต่อ)

♦ K112	คะแนนความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง .....	82
♦ K114	ร้อยละสตรีอายุ 30-≤60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test.....	83
♦ K115	ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่)ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test.....	85
♦ K116	ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง .....	86
♦ K117	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง..	87
♦ K118	ระดับคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม ระดับอำเภอ .....	88
♦ K119	ระดับความสำเร็จของการยกระดับการพัฒนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge .....	89
♦ K201	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี.....	91
♦ K203	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 5 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr .....	92
♦ K204	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate).....	93
♦ K206	คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค .....	94
♦ K207	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการ ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management).....	95
♦ K208	คะแนนความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล และการจัดการเชื้อดื้อยาระดับอำเภอ.....	97
♦ K209	ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัยรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.....	100
♦ K211	ระดับความสำเร็จการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562.....	101
♦ K214	ระดับคะแนนความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ .....	102
♦ K301	ร้อยละบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างน้อย 2 เรื่อง .....	103
♦ K301	ร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุข มีดัชนีมวลกายปกติ .....	104
♦ K403	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะสู่การพัฒนาเป็นองค์กรดิจิทัล .....	105
♦	สรุปข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) โรงพยาบาลขอนแก่น ตามประเด็นตัวชี้วัดการนิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2567.....	107



# ส่วนที่ 1



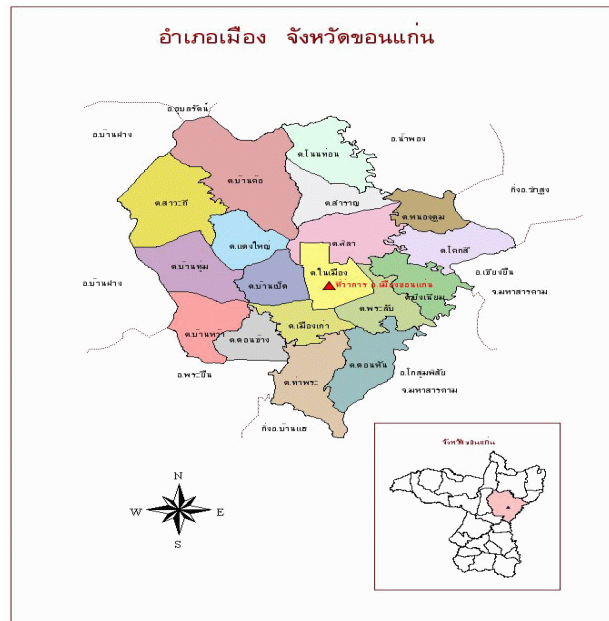
ข้อมูลทั่วไปของอำเภอ  
และสภาพปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่



## ข้อมูลทั่วไปของอำเภอและสภาพปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่

### ★ ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอเมืองขอนแก่น เป็นอำเภอหนึ่งใน 26 อำเภอของจังหวัดขอนแก่น เป็นอำเภอชั้นพิเศษที่มีขนาดใหญ่และเป็นศูนย์กลางของจังหวัดขอนแก่น อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครเป็นระยะทางประมาณ 445 กิโลเมตร ห่างจากศาลากลางจังหวัดขอนแก่นประมาณ 1 กิโลเมตร พื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่นมีประมาณ 984 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 615,012 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 9.24 ของพื้นที่จังหวัดขอนแก่น



รูปที่ 1 แผนที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

### ★ อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภออุบลรัตน์ และอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอบ้านไผ่ และอำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น และอำเภอเชียงยืน และอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

### ★ การปกครอง

อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มีการจัดระเบียบบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

- ⇒ การบริหารราชการส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย จำนวน 18 ตำบล, หมู่บ้าน จำนวน 282 หมู่บ้าน, ชุมชน จำนวน 95 ชุมชน
- ⇒ การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น, เทศบาล จำนวน 13 แห่ง (เทศบาลนคร 1 แห่ง ,เทศบาลเมือง 2 แห่ง และเทศบาลตำบล 10 แห่ง) และ องค์การบริหารส่วนตำบล 6 แห่ง

## ★ ประชากร

อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มีประชากรกลางปี ในปี 2566 จำนวน 283,543 เพศชาย 136,737 คน เพศหญิง 146,806 คน โดยจำแนกตามหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการ	เพศ		
	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)
04248:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ	2,205	2,334	4,539
04249:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก	2,410	2,302	4,712
04250:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี	3,857	3,968	7,825
04253:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพุ่ม	7,125	7,841	14,966
04254:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า	4,612	5,041	9,653
04255:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนนวม	6,194	7,452	13,646
04256:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝื่อ	4,796	5,108	9,904
04257:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระลับ	4,539	4,781	9,320
04258:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาวะถี	4,253	4,398	8,651
04259:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง	3,322	3,470	6,792
04260:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วย	4,583	4,510	9,093
04261:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อ	4,151	4,158	8,309
04262:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซำจาน	2,459	2,476	4,935
04263:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแดงใหญ่	4,873	5,088	9,961
04264:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนช้าง	2,595	2,725	5,320
04267:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง	4,490	4,288	8,778
04268:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา	6,906	7,129	14,035
04269:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด	7,796	9,379	17,175
04270:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตุม	3,154	3,419	6,573
04271:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงเนียม	2,889	3,164	6,053
04272:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน	4,649	4,599	9,248
10670:โรงพยาบาลขอนแก่น	1,531	346	1,877
12414:เทศบาลนครขอนแก่น	4,456	5,287	9,743
14775:ศูนย์บริการเทศบาล (โนนชัย)	3,313	3,643	6,956
14860:ศูนย์แพทย์มิตรภาพ(รพศ)	4,684	5,288	9,972
14861:ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง(รพศ.)	5,207	5,683	10,890
15166:ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง	4,697	5,803	10,500
23891:ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร	4,157	4,683	8,840
23936:ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5(บ้านหนองใหญ่)	5,059	4,553	9,612
77609:หน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง	6,780	7,801	14,581
77766:ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง	4,995	6,089	11,084
รวม	136,737	146,806	283,543

ที่มา : จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

## จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ ย้อนหลัง 3 ปี จังหวัดขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น

ตำบล	ประชากร ณ 1 มค. 2564			ประชากร ณ 1 มค. 2565			ประชากร ณ 1 มค. 2566		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
ในเมือง	52,156	58,459	110,615	50,935	56,436	107,371	49,533	54,504	104,037
สำราญ	5,181	5,050	10,231	5,308	5,146	10,454	5,402	5,213	10,615
โคกสี	4,453	4,628	9,081	4,450	4,661	9,111	4,431	4,634	9,065
ท่าพระ	9,468	10,094	19,562	9,446	10,026	19,472	9,419	9,968	19,387
บ้านทุ่ม	8,981	9,623	18,604	9,102	9,765	18,867	9,145	9,866	19,011
เมืองเก่า	14,491	16,505	30,996	14,721	16,810	31,531	14,934	17,059	31,993
พระลับ	10,918	11,952	22,870	10,968	12,044	23,012	11,012	12,147	23,159
สาวะถี	8,950	9,217	18,167	8,940	9,202	18,142	8,912	9,123	18,035
บ้านหว้า	5,251	5,413	10,664	5,225	5,420	10,645	5,248	5,470	10,718
บ้านค้อ	8,364	8,563	16,927	8,451	8,693	17,144	8,493	8,773	17,266
แดงใหญ่	4,660	4,789	9,449	4,920	5,134	10,054	5,180	5,510	10,690
ดอนช้าง	2,364	2,532	4,896	2,342	2,530	4,872	2,347	2,529	4,876
ดอนหัน	4,937	5,213	10,150	4,949	5,249	10,198	4,949	5,269	10,218
ศิลา	26,346	26,715	53,061	26,357	27,012	53,369	26,362	27,251	53,613
บ้านเป็ด	21,162	24,104	45,266	21,557	24,636	46,193	21,927	25,252	47,179
หนองต๋ม	3,736	3,984	7,720	3,701	3,980	7,681	3,680	3,969	7,649
บึงเนียม	3,638	3,878	7,516	3,621	3,886	7,507	3,583	3,855	7,438
โนนท่อน	4,842	4,977	9,819	4,827	4,979	9,806	4,839	4,983	9,822
รวม	199,898	215,696	415,594	199,820	215,609	415,429	199,396	215,375	414,771

ที่มา : จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

🌟 **หน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข**

สถานบริการด้านสาธารณสุข มีโรงพยาบาล 35 แห่ง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 26 แห่ง มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2 แห่ง กระทรวงกลาโหม 1 แห่ง กรมอนามัย 1 แห่ง กรมสุขภาพจิต 1 แห่ง กรมการแพทย์ 1 แห่ง และเอกชน 3 แห่ง

📍 **สถานบริการสาธารณสุข สังกัด กระทรวงสาธารณสุข**

- 1) โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A)
  - ☆ โรงพยาบาลขอนแก่น ขนาด 1,000 เตียง 1 แห่ง
- 2) โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1)
  - ☆ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ขนาด 250 เตียง 1 แห่ง
  - ☆ โรงพยาบาลชุมแพ ขนาด 166 เตียง 1 แห่ง



- 3) โรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M2 - F3)
  - ☆ ระดับ M2 ขนาด 90 เตียง 3 แห่ง
  - ☆ ระดับ F1 ขนาด 60 เตียง 1 แห่ง
  - ☆ ระดับ F2 ขนาด 30 เตียง 15 แห่ง
  - ☆ ระดับ F3 (รพ.เปิดใหม่) จำนวน 4 แห่ง
- 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 248 แห่ง (เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายสุขภาพ (CUP) โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 21 แห่ง)
- 5) ศูนย์แพทย์/ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 8 แห่ง
  - ☆ ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง
  - ☆ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร
  - ☆ ศูนย์แพทย์มิตรภาพ
  - ☆ ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวงพระอารามหลวง
  - ☆ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 บ้านโนนชัย
  - ☆ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 บ้านหนองใหญ่
  - ☆ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น
  - ☆ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองไผ่
- 6) ศูนย์อนามัยที่ 7 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ขนาด 60 เตียง 1 แห่ง
- 7) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ขนาด 140 เตียง 1 แห่ง
- 8) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขนาด 372 เตียง 1 แห่ง

#### 📍 สถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงอื่น ได้แก่

- ☆ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขนาด 1,220 เตียง 1 แห่ง
- ☆ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (มข.) ขนาด 200 เตียง 1 แห่ง
- ☆ โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร ขนาด 30 เตียง 1 แห่ง
- ☆ ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาลนครขอนแก่น 1 แห่ง

#### 📍 สถานบริการสาธารณสุขเอกชน

- ☆ โรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง ได้แก่
  - โรงพยาบาลขอนแก่นราม ขนาด 199 เตียง
  - โรงพยาบาลราชพฤกษ์ ขนาด 50 เตียง
  - โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ขนาด 80 เตียง
- ☆ คลินิกเวชกรรม 246 แห่ง
- ☆ คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง 110 แห่ง
- ☆ คลินิกทันตกรรม 93 แห่ง
- ☆ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง 6 แห่ง
- ☆ คลินิกเทคนิคการแพทย์ 12 แห่ง
- ☆ คลินิกกายภาพบำบัด 9 แห่ง
- ☆ คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ 133 แห่ง
- ☆ คลินิกการแพทย์แผนไทย 16 แห่ง
- ☆ คลินิกการประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน 6 แห่ง

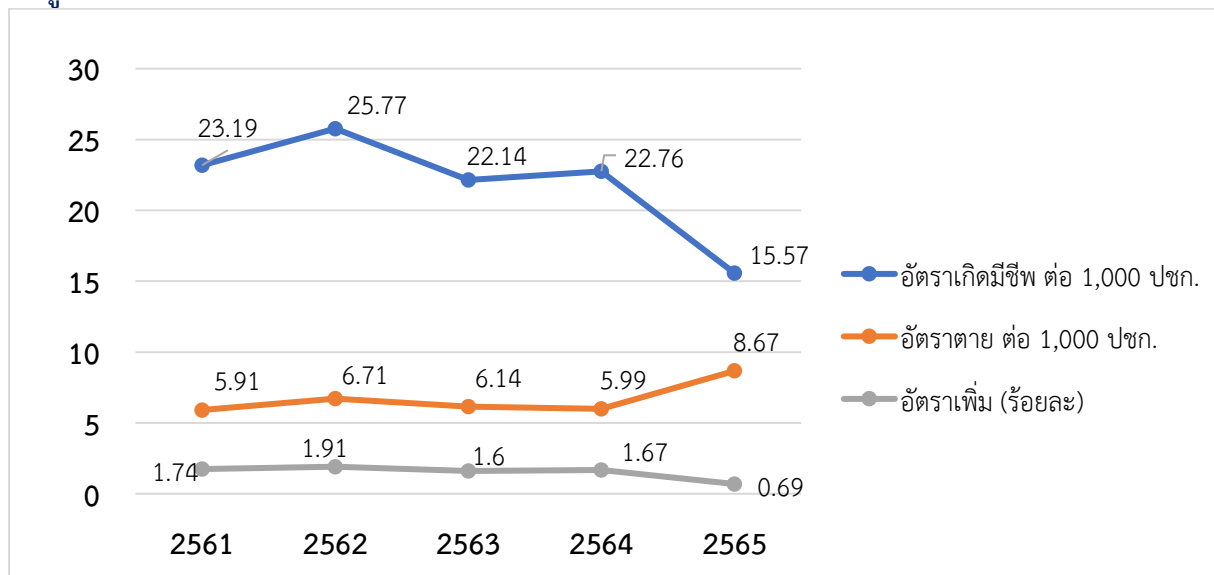
- ☆ สหคลินิก 8 แห่ง
- ☆ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 639 แห่ง
- ☆ ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ 55 แห่ง
- ☆ ร้านขายยาแผนโบราณ 42 แห่ง
- ☆ ร้านขายยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ฯ (ขย3) 23 แห่ง
- ☆ โรงงานผลิตยาแผนโบราณ (ผยบ.) 18 แห่ง
- ☆ ขายส่งยาแผนปัจจุบัน 3 แห่ง

### 📍 หน่วยงานบริหารและศูนย์วิชาการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- ☆ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 1 แห่ง
- ☆ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 26 แห่ง
- ☆ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
- ☆ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
- ☆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7
- ☆ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
- ☆ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ขอนแก่น
- ☆ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
- ☆ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

### ★ ข้อมูลสถานะสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

#### 📍 ข้อมูลอัตราเกิด ตาย และเพิ่มประชากร อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2561- 2565



ที่มา : สำนักทะเบียนราษฎรผ่าน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ประชากร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565 ([www.dopa.go.th](http://www.dopa.go.th))

📍 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก อำเภอเมืองขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก	ชาย	หญิง	รวม
104 เบาหวาน	28,918	46,569	75,487
145 ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	28,384	44,766	73,150
167 การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	22,717	29,043	51,760
207 เนื้อเยื่อผิดปกติ	14,070	22,062	36,132
181 ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	10,912	17,241	28,153
281 การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	11,377	8,238	19,615
185 โรคอื่น ๆ ของหลอดเลือด กระเพาะและดูโอเดนมัม	5,968	11,092	17,060
199 โรคอื่น ๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	7,163	9,390	16,553
073 เนื้องอกร้ายที่เต้านม	59	15,908	15,967
206 พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	4,772	8,432	13,204
165 คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน	4,963	7,063	12,026
039 ภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส (HIV)	7,465	3,761	11,226
180 ฟันผุ	3,837	6,698	10,535
200 ข้ออักเสบรูมาตอยและข้ออักเสบหลายข้อ	4,763	5,510	10,273
111 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิกอื่น ๆ	3,349	5,769	9,118
รวม	158,717	241,542	400,259

ที่มา : HDC สสจ.ขอนแก่น ณ 15 มกราคม 2567

📍 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก อำเภอเมืองขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก	ชาย	หญิง	รวม
145 ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	7,079	11,636	18,715
104 เบาหวาน	6,740	11,312	18,052
167 การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	6,279	8,336	14,615
207 เนื้อเยื่อผิดปกติ	3,649	5,559	9,208
181 ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	2,241	3,725	5,966
281 การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	2,475	1,972	4,447
199 โรคอื่น ๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	1,800	2,435	4,235
185 โรคอื่น ๆ ของหลอดเลือด กระเพาะและดูโอเดนมัม	1,399	2,516	3,915
206 พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	1,250	2,358	3,608
073 เนื้องอกร้ายที่เต้านม	15	3,543	3,558
165 คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน	1,399	1,876	3,275
180 ฟันผุ	1,020	1,604	2,624

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก	ชาย	หญิง	รวม
039 ภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส (HIV)	1,752	866	2,618
200 ข้ออักเสบรูมาตอยและข้ออักเสบหลายข้อ	1,176	1,310	2,486
198 โรคอักเสบติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	1,327	1,041	2,368
รวม	39,601	60,089	99,690

ที่มา : HDC สสจ.ขอนแก่น ณ 15 มกราคม 2567

### ๑) สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก อำเภอเมืองขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก	ชาย	หญิง	รวม
169 ปอดบวม	2,349	1,743	4,092
278 การบาดเจ็บภายในกระโหลกศีรษะ	2,669	1,354	4,023
242 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ และการคลอด	1	1,994	1,995
098 โลหิตจางอื่น ๆ	807	1,004	1,811
133 ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์อื่น ๆ	825	973	1,798
154 เนื้อสมองตาย	888	671	1,559
239 การดูแลมารดาอื่น ๆ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับทารกในครรภ์ และ ถุงน้ำคร่ำ และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะคลอด	0	1,558	1,558
147 กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	909	512	1,421
195 โรคหัวใจในระบบน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ	573	788	1,361
288 ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกของการบาดเจ็บบางชนิดและ ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาทางศัลยกรรมและอายุรกรรมที่มีได้ มีรหัสระบุไว้ที่อื่น	728	542	1,270
รวม	9,749	11,139	20,888

ที่มา : HDC สสจ.ขอนแก่น ณ 14 พฤศจิกายน 2566

### ๑) สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก อำเภอเมืองขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก	ชาย	หญิง	รวม
278 การบาดเจ็บภายในกระโหลกศีรษะ	673	330	1,003
169 ปอดบวม	568	404	972
242 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ และการคลอด	0	530	530
098 โลหิตจางอื่น ๆ	192	249	441
239 การดูแลมารดาอื่น ๆ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับทารกในครรภ์ และ ถุงน้ำคร่ำ และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะคลอด	0	408	408
154 เนื้อสมองตาย	223	152	375
133 ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์อื่น ๆ	178	193	371
288 ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกของการบาดเจ็บบางชนิดและ ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาทางศัลยกรรมและอายุรกรรมที่มีได้ มีรหัสระบุไว้ที่อื่น	184	147	331

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก	ชาย	หญิง	รวม
147 กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	203	124	327
195 โรคหัวใจในระบบน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ	122	168	290
รวม	2,343	2,705	5,048

ที่มา : HDC สสจ.ขอนแก่น ณ 22 มกราคม 2567

### 📍 สาเหตุการตายตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก อำเภอเมืองขอนแก่น ปีงบประมาณ 2565

อันดับ	NCAUSE	Death (ราย)	อัตรายต่อแสน ปชก.	จำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวัยอันควร (YLL)
1	โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด (C00 - D48)	449	158.20	9,736
	1.1 มะเร็งท่อน้ำดีและท่อน้ำดีในตับ (C22 - C24)	119	41.93	2,692
	1.2 มะเร็งปอดหลอดลมใหญ่ และปอด (C33 - 34)	63	22.20	139
	1.3 มะเร็งเต้านม (C50)	28	9.87	729
	1.4 มะเร็งลำไส้ใหญ่ เร็คตัมและทวารหนัก (C18-C21)	27	9.51	437
	1.5 มะเร็งปากมดลูก (C53)	22	7.75	505
2	โรคหลอดเลือดในสมอง (I60 - I69)	219	77.16	4,134
3	โรคปอดบวม (J12 - J18)	213	75.05	3,836
4	โรคหัวใจขาดเลือด (I20 -I25 )	123	43.34	2,285
5	ไตวาย (N16 - N19)	118	41.58	2,519
6	โลหิตเป็นพิษ (A40 - A41)	107	37.70	2,425
7	อุบัติเหตุขนส่ง (V01 -V99 )	102	35.94	4,299
8	โรคของตับ (K70 -K76 )	95	33.47	2,813
9	เบาหวาน (E10-E14 )	90	31.71	1,843
10	ถุงน้ำดี ทางเดินน้ำดี ตับอ่อน (K80-K99 )	43	15.15	907
	รวม	1,818		39,299

ที่มา : สำนักทะเบียนราษฎร์ผ่านสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประชากร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565 ([www.dopa.go.th](http://www.dopa.go.th))

📍 สาเหตุการตายตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก อำเภอเมือง ปีงบประมาณ 2566

อันดับ	NCAUSE	Death (ราย)	อัตรารายต่อแสน ปชก.	จำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวัยอันควร (YLL)
1	โรคหลอดเลือดในสมอง (I60 - I69)	324	112.20	6,765
2	โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด (C00 - D48)	311	107.70	7,376
	1.1 มะเร็งท่อน้ำดีและท่อน้ำดีในตับ (C22 - C24)	85	29.44	1,716
	1.2 มะเร็งปอดหลอดลมใหญ่ และปอด (C33 - 34)	47	16.28	1,144
	1.4 มะเร็งลำไส้ใหญ่ เร็คตัมและทวารหนัก (C18-C21)	20	6.93	406
	1.3 มะเร็งเต้านม (C50)	18	6.23	436
	1.5 มะเร็งปากมดลูก (C53)	9	3.12	278
3	โรคปอดบวม (J12 - J18)	204	70.65	3,225
4	โลหิตเป็นพิษ (A40 - A41)	134	46.40	2,510
5	โรคหัวใจขาดเลือด (I20 -I25 )	130	45.02	2,505
6	ไตวาย (N16 - N19)	76	26.32	1,453
7	โรคของตับ (K70 -K76 )	74	25.63	1,449
8	อุบัติเหตุขนส่ง (V01 -V99 )	45	15.58	2,126
9	เบาหวาน (E10-E14 )	44	15.24	954
10	ถุงน้ำดี ทางเดินน้ำดี ตับอ่อน (K80 -K99 )	44	15.24	1,279
รวม 10 อันดับโรคการตาย		1,241		26,857

ที่มา : สำนักทะเบียนราษฎรผ่านสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ประชากร วันที่ 1 มกราคม - 31 ตุลาคม 2566 ([www.dopa.go.th](http://www.dopa.go.th))

📄 รายงานการตายตาม 298 กลุ่มโรค (hospital base) CUP โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2564 - 2566

กลุ่มโรค	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
ปอดบวม	267	455	407
หัวใจและหลอดเลือด	245	257	304
การบาดเจ็บภายในกระโหลกศีรษะ	183	173	155
วัณโรคทางเดินหายใจ	29	47	53
เนื้อสมองตาย	44	52	50
ภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส (HIV)	30	62	48

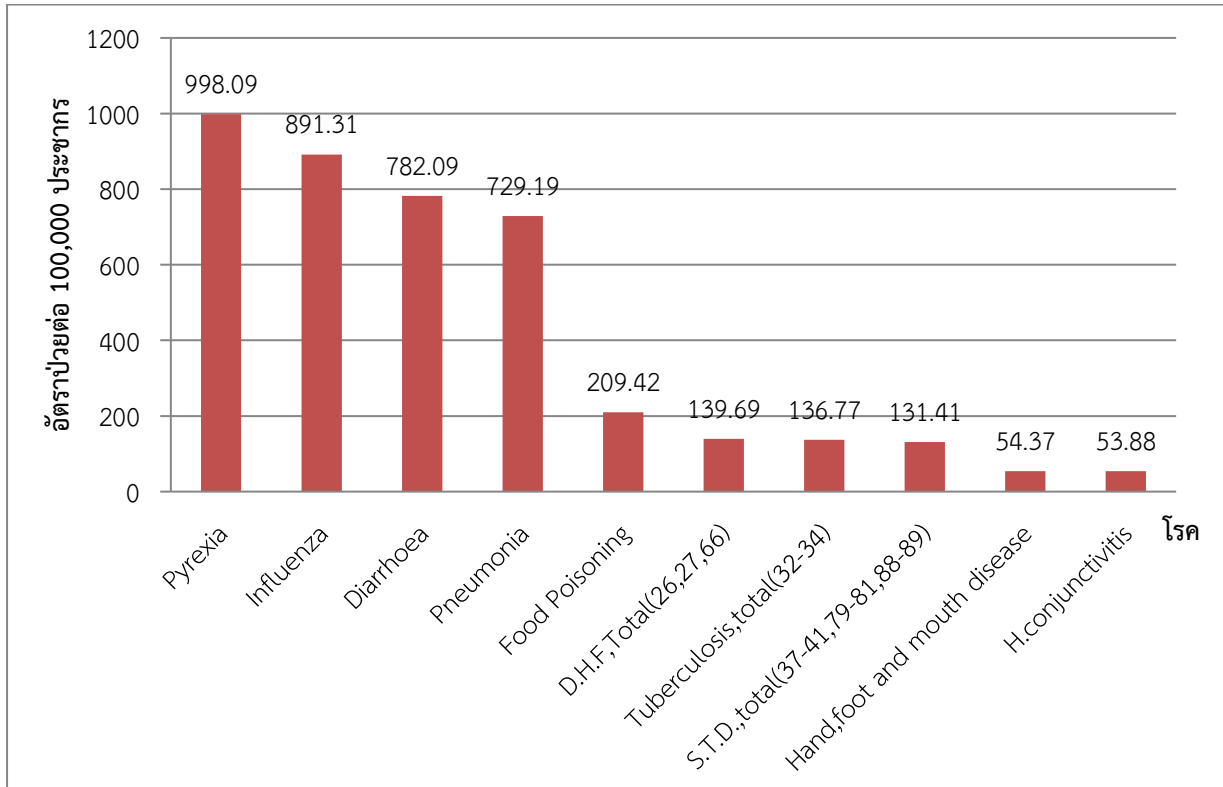
ที่มา : HDC สสจ.ขอนแก่น ณ 14 พฤศจิกายน 2566

★ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567

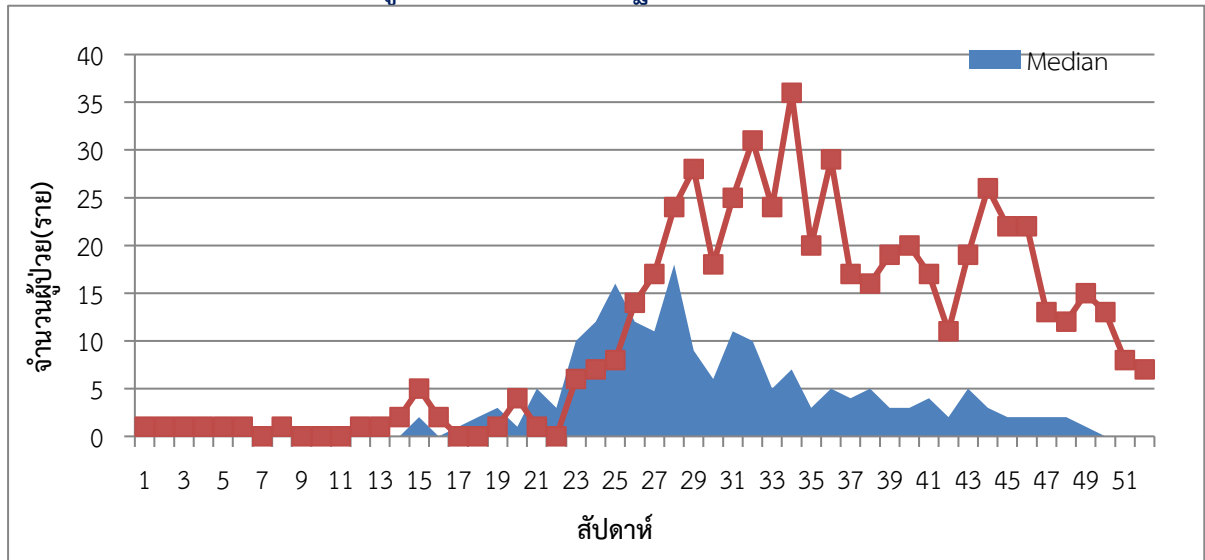
ปัญหา	เกณฑ์การพิจารณา											ลำดับความสำคัญ
	ขนาดปัญหา		ความรุนแรง/ความเร่งด่วนในการแก้ปัญหา		ความยากง่าย		ความร่วมมือของชุมชน		ผลกระทบในระยะยาว		คะแนนรวม	
	R(5)*	W=4	R(5)*	W=3	R(5)*	W=5	R(5)*	W=5	R(5)*	W=2	R*W	
▪ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส	4	16	3	9	4	20	5	25	5	10	80	1
▪ โรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน	5	20	4	12	2	10	3	15	5	10	67	2
▪ อุบัติเหตุจราจร	5	20	5	15	1	5	3	15	5	10	65	3
▪ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย	5	20	4	12	3	15	2	10	4	8	65	4
▪ ระบบข้อมูล	5	20	5	15	1	5	3	15	5	10	65	5
▪ สิ่งแวดล้อมและโรคติดต่อ	4	16	3	9	2	10	4	20	4	8	63	6
▪ หญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น	5	20	1	3	4	20	1	5	5	10	58	7
▪ ยาเสพติด	3	12	5	15	2	10	2	10	5	10	57	8
▪ หญิงตั้งครรภ์ โลหิตจาง	2	8	2	6	4	20	3	15	4	8	57	9
▪ โรคจากการประกอบอาชีพ	3	12	2	6	3	15	3	15	3	6	54	10
▪ พัฒนาการเด็ก 0-6 ปี	1	4	2	6	5	25	2	10	3	6	51	11
▪ ภาวะทุพโภชนาการ 6-14 ปี	2	8	2	6	4	20	1	5	4	8	47	12
▪ พยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	1	4	3	9	1	5	1	5	3	6	29	13

📍 สาเหตุการป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2566



ที่มา : จากรายงาน 506 ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ปี 2566 ข้อมูลระหว่าง 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2566

📍 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรวม (26,27,66) จำแนกรายสัปดาห์ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบข้อมูลปี 2566 กับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (2561-2565)



ที่มา : จากรายงาน 506 ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ปี 2566 ข้อมูลระหว่าง 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2566



★ สถิติบริการที่สำคัญ และศักยภาพของแม่ข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น

📄 ข้อมูลจำนวนเตียงผู้ป่วยแยกประเภทรายเตียง

ตารางที่ 13 จำนวนเตียงผู้ป่วยแยกประเภทรายเตียง

รายการ	หน่วยนับ	จำนวน (เตียง)	
		ขออนุญาต	ให้บริการจริง
จำนวนเตียงผู้ป่วย	เตียง	1,000	1,238
เตียงผู้ป่วยหนัก			
- I.C.U. ศัลยกรรม 1	เตียง	8	8
- I.C.U. ศัลยกรรม 2	เตียง	0	8
- I.C.U. ศัลยกรรม 3	เตียง	0	8
- I.C.U. ศัลยกรรม 4	เตียง	0	8
- I.C.U. ศัลยกรรม 5	เตียง	0	8
- I.C.U. ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	เตียง	5	7
- I.C.U. ศัลยกรรมอุบัติเหตุ1	เตียง	8	8
- I.C.U. ศัลยกรรมอุบัติเหตุ2	เตียง	0	8
- I.C.U.ศัลยกรรมระบบประสาท1	เตียง	0	8
- I.C.U.ศัลยกรรมระบบประสาท2	เตียง	0	8
- I.C.U.ศัลยกรรมระบบประสาท3	เตียง	0	8
- I.C.U.วิสัญญี	เตียง	0	5
- I.C.U.อายุรกรรม 1	เตียง	8	12
- I.C.U.อายุรกรรม 2	เตียง	8	12
- I.C.U.อายุรกรรม 3	เตียง	0	12
- I.C.U.อายุรกรรม 4	เตียง	0	11
- I.C.U.AIIR	เตียง	0	8
- I.C.U.กุมารเวชกรรม (NICU.1)	เตียง	12	12
- I.C.U.กุมารเวชกรรม (NICU.2)	เตียง	12	12
- I.C.U.กุมารเวชกรรม (PICU)	เตียง	8	10
- CCU	เตียง	8	8
เตียงผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยสามัญ			
- I.C.U.อายุรกรรมชาย1	เตียง	0	0
- I.C.U.อายุรกรรมชาย2	เตียง	0	0
- I.C.U.อายุรกรรมหญิง1	เตียง	0	0
- I.C.U.อายุรกรรมหญิง2	เตียง	0	0
- I.C.U.ศัลยกรรมชาย1	เตียง	0	0
- I.C.U.ศัลยกรรมชาย2	เตียง	0	0
- I.C.U.ศัลยกรรมหญิง1	เตียง	0	0
- I.C.U.ศัลยกรรมอุบัติเหตุ2	เตียง	0	0

รายการ	หน่วยนับ	จำนวน (เตียง)	
		ขออนุญาต	ให้บริการจริง
- I.C.U. ศัลยกรรมระบบประสาท	เตียง	0	0
ห้องผ่าตัด			
- ผ่าตัดใหญ่	เตียง	18	28
- ผ่าตัดเล็ก	เตียง	3	4
- ส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ	เตียง	2	2
- ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร	เตียง	2	4
- สลายนิ่ว	เตียง	1	1
ห้องคลอด	เตียง	5	7
ห้องรอกคลอด	เตียง	15	15
ห้องไตเทียม	เตียง	17	16
หน่วยเคมีบำบัด Day care cancer center	เตียง	10	20
หอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก	เตียง	4	5
หอผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง Spine Unit	เตียง	8	8
หอผู้ป่วย	หอผู้ป่วย	41	47

ตารางที่ 14 จำนวนเตียงผู้ป่วยใน แยกประเภทตามสาขาต่าง ๆ ปีงบประมาณ 2566

แผนก	จำนวนเตียง (บริการจริง)		
	สามัญ	พิเศษ	รวม
1) อายุรกรรม	338	6	344
1. อายุรกรรมชาย 1	32	0	32
2. อายุรกรรมชาย 2	32	0	32
3. อายุรกรรมชาย 3	32	0	32
4. อายุรกรรมชาย 4	32	0	32
5. อายุรกรรมหญิง 1	32	0	32
6. อายุรกรรมหญิง 2	32	0	32
7. อายุรกรรมหญิง 3	32	0	32
8. หน่วยปลูกถ่ายไขกระดูก	5	0	5
9. Stroke unit (แยกจากอายุรกรรมหญิง 1)	16	0	16
10. อายุรกรรมโรคเลือด	24	0	24
11. RICU	15	0	15
12. อายุรกรรมโรคไต	30	0	30
13. อายุรกรรมหัวใจ	24	6	30
2) ศัลยกรรม	326	3	329
1. ศัลยกรรมชาย 1	30	0	30
2. ศัลยกรรมชาย 2	30	0	30

แผนก	จำนวนเตียง (บริการจริง)		
	สามัญ	พิเศษ	รวม
3. ศัลยกรรมหญิง1	30	0	30
4. ศัลยกรรมหญิง2	32	0	32
5. ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	32	0	32
6. ศัลยกรรมระบบประสาท 1(NS)	30	0	30
7. ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ	32	0	32
8. Burn Unit	5	0	5
9. ศัลยกรรมตกแต่ง	27	3	30
10.ศัลยกรรมระบบประสาท2(NS)	30	0	30
11 ศัลยกรรมโรคหัวใจ	24	0	24
12 ศัลยกรรมหลอดเลือด	24	0	24
3) ศัลยกรรมกระดูก	104	0	104
1. ศัลยกรรมกระดูกชาย 1	32	0	32
2. ศัลยกรรมกระดูกชาย 2	32	0	32
3. ศัลยกรรมกระดูกหญิง	32	0	32
4. Spine unit	8	0	8
4) กุมารเวชกรรม	110	4	114
1. เด็ก 1 (เด็กโต)	30	0	30
2. เด็ก 3 (ดม,ดล)	26	4	30
3. เคมีบำบัดเด็ก	24	0	24
4.ทารกแรกเกิด	30	0	30
5) สูติกรรม	56	4	60
1. สูติกรรม1	30	0	30
2. สูติกรรม2	26	4	30
6) นรีเวชกรรม	25	5	30
7) โสต ศอ นาสิก	23	11	34
8) จักษุ	30	4	34
9) อื่น ๆ (อาคารรังสีรักษา)	60	14	74
1. รังสีรักษาชั้น2 (เคมีบำบัดผู้ใหญ่)	30	0	30
2. รังสีรักษาชั้น3	30	0	30
3. พ.รังสีรักษาชั้น4	0	0	0
4. พ.รังสีรักษาชั้น5	0	14	14
10) หอผู้ป่วยพิเศษ	0	115	115
1. สงฆ์ 2	0	12	12
2. สงฆ์ 3	0	12	12
3. สงฆ์ 4	0	12	12

แผนก	จำนวนเตียง (บริการจริง)		
	สามัญ	พิเศษ	รวม
4. พิเศษ 114 เตียงชั้น4	0	13	13
5. พิเศษ 114 เตียงชั้น5	0	13	13
6. พิเศษTrauma center	0	17	17
7. พิเศษ 120 เตียง ชั้น 5	0	12	12
8. อายุรกรรมโรคหัวใจ (พิเศษ)	0	12	12
9. อายุรกรรม 298 ชั้น6 (พิเศษ)	0	12	12
รวมจำนวนเตียงทั้งหมด	1,072	166	1,238

ตารางที่ 15 อัตราครองเตียงผู้ป่วยในจำแนกรายแผนก ปีงบประมาณ 2563-2566

แผนก	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
- อายุรกรรม	138.65	153.93	116.80	169.67
- ศัลยกรรม	111.19	117.53	115.11	95.89
- สูติกรรม	85.49	55.95	50.41	45.99
- นรีเวชกรรม	82.98	82.89	82.55	87.19
- กุมารเวชกรรม	111.13	76.21	81.14	90.45
- ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	143.99	118.14	111.39	109.30
- จักษุวิทยา	67.22	55.18	53.50	49.18
- โสตศอนาสิก/ทันตกรรม	59.39	46.44	47.39	45.83
- รังสีรักษา	61.51	40.53	31.62	29.57
- อื่นๆ	190.33	118.50	111.52	114.95
รวม	116.08	111.23	121.76	104.24

หมายเหตุ : อื่นๆหมายถึง หอผู้ป่วยที่ไม่สามารถแยกแผนกได้ ได้แก่หอผู้ป่วยพิเศษต่างๆ

ตารางที่ 16 ปริมาณการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลขอนแก่นปีงบประมาณ 2562-2566

รายการ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1. จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ราย)	1,060,268	970,709	1,093,709	1,500,006	987,949
2. จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน (ราย)	4,268	3,921	4,539	6,169	3,992
3. จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (ราย)	83,820	79,144	78,346	81,583	80,701
4. จำนวนผู้ป่วยคงพยาบาลต่อวัน (ราย)	1,108	1,056	1,112	1,218	1,147
5. อัตราครองเตียง (ร้อยละ)	110.81	116.08	111.23	121.76	104.24
6. จำนวนวันอยู่รักษาผู้ป่วยใน (วัน)	404,464	386,625	405,990	444,415	418,521
7. จำนวนวันอยู่รักษาเฉลี่ย (วันต่อคน)	4.83	4.89	5.18	5.45	5.19
8. จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ทั้งหมด (ราย)	33,545	31,112	31,109	29,938	35,041
9. จำนวนการผ่าตัดเฉลี่ยต่อวัน (ราย)	129	120	120	115.15	134.77
10. จำนวนผู้ป่วยในเสียชีวิต (คน)	1,635	1,683	1,754	2,153	1,965
11. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน (ร้อยละ)	1.95	2.13	2.24	2.64	2.43
12. จำนวนผู้ป่วยรับ Refer ทั้งหมด	74,287	72,128	60,633	59,687	68,271

รายการ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
13. จำนวนผู้ป่วยรับ Refer ที่รับไว้รักษาเป็น ผู้ป่วยใน (IPD)	43,153	28,860	27,121	25,349	26,094
14. จำนวนผู้ป่วยในที่ส่งไปรักษาต่อ (ราย)	1,007	836	1,003	897	802
15. CMI รวมทุกสิทธิ	1.99	2.06	2.11	2.04	2.25

### ตารางที่ 17 ปริมาณการให้บริการผู้ป่วยนอกจำแนกตามพื้นที่ ปีงบประมาณ 2563 – 2566

พื้นที่	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
อำเภอเมืองขอนแก่น	434,076	44.60	563,777	50.62	553,748	53.26	473,175	45.74
ต่างอำเภอ	375,462	38.58	369,660	33.19	308,658	29.69	366,591	35.44
ต่างจังหวัด	163,743	16.82	187,662	16.85	177,309	17.05	194,629	18.82
รวม	973,281	100.00	1,113,720	100.00	1,039,715	100.00	1,034,395	100.00

### ตารางที่ 18 ปริมาณการให้บริการผู้ป่วยในจำแนกตามพื้นที่ ปีงบประมาณ 2563 – 2566

พื้นที่	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อำเภอเมืองขอนแก่น	23,798	30.07	25,449	32.24	29,090	35.91	27,231	33.74
ต่างอำเภอ	41,592	52.55	39,597	50.16	37,787	46.65	38,511	47.72
ต่าง จ.ในเขต 7	7,449	9.41	7,343	9.30	7,602	9.39	7,711	9.55
- มหาสารคาม	3,907	4.94	3,730	4.72	3,830	4.73	3,921	4.86
- กาฬสินธุ์	2,734	3.45	2,758	3.49	2,996	3.70	3,061	3.79
- ร้อยเอ็ด	808	1.02	855	1.08	776	0.96	729	0.90
ต่างจังหวัดนอกเขต 7	6,303	7.96	4,644	5.88	6,520	8.05	7,251	8.98
- ชัยภูมิ	1,686	2.13	1,636	2.07	1,585	1.96	1,668	2.07
- อุดรธานี	507	0.64	518	0.66	577	0.71	568	0.70
- เลย	289	0.37	268	0.34	335	0.41	333	0.41
- สกลนคร	216	0.27	252	0.32	296	0.36	300	0.37
- นครราชสีมา	356	0.45	0	0.00	370	0.46	441	0.55
- จังหวัดอื่นๆ	3249	4.11	1,970	2.50	3,357	4.15	3,941	4.88
รวม	79,142	100.00	78,946	100.00	80,999	100.00	80,704	100.00

**📌 สาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอกที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของโรงพยาบาลขอนแก่น**

**ตารางที่ 19 สาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอกที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2564 - 2566**

ลำดับ	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566	
	โรค	จำนวน (รายโรค)	โรค	จำนวน (รายโรค)	โรค	จำนวน (รายโรค)
1	Essential(primary)hypertension	43,380	Essential(primary)hypertension	43,384	Essential(primary)hypertension	49,479
2	Diabetes mellitus	38,112	Diabetes mellitus	38,655	Diabetes mellitus	45,299
3	Chronic kidney disease, stage5	18,099	Novel corona virus (COVID-19)	35,332	Malignant neoplasm of breast, unspecified	20,507
4	Malignant neoplasm of breast, unspecified	17,914	Disorder of lipoprotein metabolism, unspecified	17,914	Chronic kidney disease, stage5	19,402
5	Disorder of lipoprotein metabolism, unspecified	17,749	Malignant neoplasm of breast, unspecified	16,958	Disorder of lipoprotein metabolism, unspecified	17,614
6	Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease	13,594	Chronic kidney disease, stage5	15,613	Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease	15,230
7	Diabetic retinopathy	8,148	Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease	13,889	Senile cataract, unspecified	9,804
8	Atherosclerotic heart disease	7,497	Senile cataract, unspecified	8,399	Dyspepsia	8,415
9	Senile cataract, unspecified	7,270	Atherosclerotic heart disease	7,658	Epilepsy, unspecified	7,872
10	Dyspepsia	7,119	Diabetic retinopathy	7,381	Atherosclerotic heart disease	7,804

หมายเหตุ :ปีงบประมาณ 2564,2565และ 2566 จากจำนวนรายโรคผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยนอกที่ห้องตรวจ OPD และ ER รพ.ขอนแก่น) ทั้งหมด1,249,155, 12490,482 และ 1,352,175 รายโรค ตามลำดับ ข้อมูล จาก HDC

๓๓ สาเหตุการป่วยผู้ป่วยในที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของโรงพยาบาลขอนแก่น

ตารางที่ 20 สาเหตุการป่วยผู้ป่วยในที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2563-2566

ลำดับ	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566	
	โรค	จำนวน (Visit)	โรค	จำนวน (Visit)	โรค	จำนวน (Visit)	โรค	จำนวน (Visit)
1	Intracranial injury	3,736	Intracranial injury	3,738	Acute nasopharyngitis[COVID-19]	4,941	Pneumonia	4,191
2	Pneumonia	3,143	Pneumonia	3,428	Pneumonia	4,146	Intracranial injury	4,042
3	Chronic renal failure	1,980	Chronic renal failure	1,879	Intracranial injury	3,456	Chronic renal failure	1,913
4	Cerebral infarction	1,844	Cerebral infarction	1,697	Chronic renal failure	1,860	Senile cataract	1,699
5	Thalassaemia	1,649	Acute appendicitis	1,452	Cerebral infarction	1,557	Cerebral infarction	1,579
6	Acute appendicitis	1,576	Acute myocardial infarction	1,447	Senile cataract	1,513	Acute myocardial infarction	1,454
7	Senile cataract	1,449	Senile cataract	1,370	Acute myocardial infarction	1,411	Gastroenteritis and colitis	1,394
8	Acute myocardial infarction	1,235	Thalassaemia	1,369	Acute appendicitis	1,271	Acute appendicitis	1,329
9	Spontaneous vertex delivery	1,169	Congestive heart failure	1,201	Congestive heart failure	1,205	Thalassaemia	1,248
10	Cholelithiasis	1,130	Intracranial haemorrhage	1,019	Gastroenteritis and colitis	1,062	Congestive heart failure	1,224

หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2563, 2564, 2565 และ 2566 จากจำนวนรายโรคผู้ป่วยในทั้งหมด 79,090, 78,273, 81,415 และ 80,627 ราย ตามลำดับ (นับเฉพาะโรคหลัก(PDX) ของการรับไว้รักษาในครั้งนั้น)

**๓๓** สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรกของโรงพยาบาลขอนแก่น

ตารางที่ 21 สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรกของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2564-2566

ลำดับ	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566	
	โรค	จำนวน (ราย)	โรค	จำนวน (ราย)	โรค	จำนวน (ราย)
1	Pneumonia	231	Pneumonia	309	Pneumonia	299
2	Intracerebral hemorrhage (nontraumatic)	134	Novel corona virus COVID-19	180	Intracerebral haemorrhage(nontraumatic)	95
3	Motorcycle rider injured in transport accident	126	Motorcycle rider injured in transport accident	122	Motorcycle rider injured in transport accident	89
4	Acute myocardial infarction	71	Intracerebral haemorrhage(nontraumatic)	112	Acute myocardial infarction	83
5	Fall on same level from slipping, tripping and stumbling	50	Acute myocardial infarction	79	Novel corona virus COVID-19	78
6	Chronic renal failure	48	Chronic renal failure	68	Tuberculosis	59
7	Tuberculosis	47	Human immunodeficiency virus [HIV] disease	64	Human immunodeficiency virus [HIV] disease	56
8	Cerebral infarction	46	Tuberculosis	56	Chronic renal failure	55
9	Novel corona virus COVID-19	40	Cerebral infarction	53	Cerebral infarction	47
10	Other and unspecified cirrhosis of liver	39	Congestive heart failure	43	Other and unspecified cirrhosis of liver	40

หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 จากจำนวนรายโรคผู้ป่วยในที่เสียชีวิตทั้งหมด 1,754, 2,153 และ 1,965 ราย ตามลำดับ



๓๓ 5 อันดับแรกของโรคผู้ป่วยนอกที่รับต่อจากสถานพยาบาลอื่น

ตารางที่ 22 5 อันดับแรกของโรคผู้ป่วยนอกที่รับต่อจากสถานพยาบาลอื่น ปีงบประมาณ 2564 – 2566

ลำดับ	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566	
	โรค	จำนวน (ราย)	โรค	จำนวน (ราย)	โรค	จำนวน (ราย)
1	Dyspepsia	446	Essential(primary) hypertension	1,575	Pneumonia, unspecified	2,962
2	Malignant neoplasm of cervix uteri	432	Septiccaemia, unspecified	1,492	Septiccaemia, unspecified	2,229
3	Unspecified lump in breast	390	Pneumonia, unspecified	1,477	Essential(primary) hypertension	2,062
4	Essential(primary) hypertension	390	Concussion: without open intracranial wound	1,438	Concussion: without open intracranial wound	1,482
5	Malignant neoplasm of ovary	374	Congestive heart failure	1,282	Congestive heart failure	1,441

๓๓ 5 อันดับแรกของโรคผู้ป่วยในที่รับต่อจากสถานพยาบาลอื่น

ตารางที่ 23 5 อันดับแรกของโรคผู้ป่วยในที่รับต่อจากสถานพยาบาลอื่นปีงบประมาณ 2564 – 2566

ลำดับ	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566	
	โรค	จำนวน (ราย)	โรค	จำนวน (ราย)	โรค	จำนวน (ราย)
1	Pneumonia, unspecified	1,252	Pneumonia, unspecified	1,109	Pneumonia, unspecified	1,397
2	Chronic kidney disease, stage 5	885	Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries	686	Acute subendocardial myocardial infarction	939
3	Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries	822	Acute subendocardial myocardial infarction	587	Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries	748
4	Acute subendocardial myocardial infarction	666	Congestive heart failure	565	Acute appendicitis with localized peritonitis	661

ลำดับ	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566	
	โรค	จำนวน (ราย)	โรค	จำนวน (ราย)	โรค	จำนวน (ราย)
5	Concussion: without open intracranial wound	661	Acute appendicitis with localized peritonitis	549	Congestive heart failure	515

หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2566 รวบรวมข้อมูลสิ้นปีงบประมาณ



# ส่วนที่ 2



สรุปผลการดำเนินงาน  
ด้านสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่



## สถานการณ์ทางการเงิน และแผนเงินรายจ่าย โรงพยาบาลขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2567

### ❖ รายงานสถานการณ์ทางการเงิน และวิกฤติการเงิน 7 ระดับ ในปีงบประมาณ 2567 ไตรมาสที่ 1 (ณ 31 ธันวาคม 2566)

สรุปสถานการณ์จากการดำเนินงาน 3 เดือน ไตรมาสที่ 1 (ต.ค. 66 – ธ.ค. 66) มีผลการดำเนินงานเป็นดังนี้

ประเภท	current	quick	cash	NWC	NI/DEP	วิกฤต	เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)
รพศ.	1.57	1.23	0.36	434,750,733.44	111,697,139.40	ระดับ 1	-483,388,449.65

### ❖ ประมาณการรายรับเงินบำรุง ปีงบประมาณ 2566

รายการ			ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ			แผนปี 2567	แผนปี 2568	แผนปี 2569
			2564	2565	2566			
รายรับ								
	รายรับจากการดำเนินงาน							
		รายรับค่ารักษาพยาบาลสำหรับโครงการ สุขภาพถ้วนหน้า UC	999,904,508.84	958,007,277.55	1,099,275,187.09	1,479,754,672.94	1,524,147,313.12	1,569,871,732.52
		รายรับค่ารักษาพยาบาลสำหรับโครงการ สุขภาพถ้วนหน้า UC งบลงทุน	45,013,565.39	48,717,427.57	43,459,587.95	43,459,587.95	44,763,375.59	46,106,276.86
		รายรับจากระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน (EMS)	2,960,500.00	2,675,126.15	2,331,600.00	2,595,125.00	2,672,978.75	2,753,168.11
		รายรับค่ารักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	341,405,216.02	370,948,379.76	431,446,703.55	414,460,531.90	426,894,347.85	439,701,178.29
		รายรับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเบิกต้นสังกัด	12,331,027.00	12,296,677.00	11,736,105.55	13,248,828.48	13,646,293.33	14,055,682.13
		รายรับค่ารักษาพยาบาลเบิกจาก อปท.	46,696,807.91	33,809,358.53	38,182,094.67	65,942,212.73	67,920,479.11	69,958,093.48

รายการ			ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ			แผนปี 2567	แผนปี 2568	แผนปี 2569
			2564	2565	2566			
		รายรับค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคม	365,142,848.36	368,499,657.42	411,166,085.42	521,612,747.46	537,261,129.88	553,378,963.78
		รายรับค่ารักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว	2,823,550.50	3,015,347.20	3,551,853.27	6,748,432.25	6,950,885.21	7,159,411.77
		รายรับค่ารักษาพยาบาลและการบริการอื่น	245,182,985.01	228,428,274.95	249,860,899.70	280,798,063.04	289,222,004.93	297,898,665.08
		<b>รายรับอื่น</b>						
		รายรับเงินช่วยเหลือ	41,446,892.74	398,148,840.42	208,018,966.28	1,210,445.00	1,246,758.35	1,284,161.10
		รายรับเงินอุดหนุน	2,790,000.00	1,440,000.00	0.00	603,959.00	622,077.77	640,740.10
		รายรับจากการบริจาค	793,486,728.58	292,749,968.88	553,570,778.77	52,381,941.96	53,953,400.22	55,572,002.23
		รายรับดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	2,537,096.93	1,510,451.06	1,297,919.18	1,297,919.18	1,336,856.76	1,376,962.46
		รายรับอื่น	34,119,483.85	60,073,445.68	17,742,238.10	15,885,533.13	16,362,099.12	16,852,962.10
		<b>รวมรายรับ</b>	<b>2,935,841,211.13</b>	<b>2,780,320,232.17</b>	<b>3,071,640,019.53</b>	<b>2,900,000,000.00</b>	<b>2,987,000,000.00</b>	<b>3,076,610,000.00</b>
		<b>รายจ่าย</b>						
		<b>รายจ่ายบุคลากร</b>						
		ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว / พนักงานกระทรวง	240,655,260.33	288,974,628.74	362,495,597.99	378,807,899.90	390,172,136.90	401,877,301.00
		ค่าล่วงเวลาบริการ / งานสนับสนุน	280,626,735.17	344,842,572.40	315,098,743.00	0.00	0.00	0.00
		ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานเวรผลัดบ่ายหรือผลัดดึกของเจ้าหน้าที่	35,027,265.00	36,843,329.00	47,468,000.00	48,892,040.00	50,358,801.20	51,869,565.24
		ค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษไม่ทำเวรปฏิบัติส่วนตัว หรือปฏิบัติงาน รพ.เอกชน	32,110,000.00	33,515,000.00	30,120,360.00	31,023,970.80	31,954,689.92	32,913,330.62
		ค่าตอบแทนเบี่ยงเบนจ่าย (ฉ.11)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

รายการ				ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ			แผนปี 2567	แผนปี 2568	แผนปี 2569
				2564	2565	2566			
			ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (จ.12)	94,766,357.00	139,472,894.00	118,237,627.00	121,784,755.81	125,438,298.48	129,201,447.44
			เงินเพิ่ม (พ.ต.ส)	16,199,688.00	92,196,305.00	93,127,731.00	22,687,001.45	23,367,611.49	24,068,639.84
			ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ (นอกเวลา) ฉ5	242,808,885.01	302,338,702.40	286,656,680.00	344,975,772.02	355,325,045.18	365,984,796.54
			ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษ เฉพาะทางนอกระบบราชการ (SMC)	0.00	600,000.00	17,045,262.00	0.00	0.00	0.00
			ค่าตอบแทนอื่น	46,543,031.50	3,746,935.00	36,352,175.52	34,575,293.92	35,612,552.73	36,680,929.32
			เงินค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	8,529,771.04	10,878,677.89	16,634,301.36	17,420,623.96	17,943,242.68	18,481,539.96
			<b>รายจ่ายจากการดำเนินงาน</b>						
			ค่ายา	620,000,000.00	645,000,000.00	605,189,664.84	631,084,420.77	650,016,953.39	669,517,461.99
			ค่าเวชภัณฑ์มีชีเยา						
			ค่าวัสดุการแพทย์	432,796,097.64	299,761,076.88	224,244,396.48	343,199,707.34	353,495,698.56	364,100,569.52
			ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	169,453,207.44	132,792,093.00	136,058,947.20	111,795,567.72	115,149,434.75	118,603,917.79
			ค่าวัสดุเภสัช	55,481,141.16	59,901,063.48	97,583,642.64	65,221,865.20	67,178,521.16	69,193,876.79
			ค่าวัสดุทันตกรรม	7,211,919.00	3,773,910.60	1,928,371.20	3,644,886.38	3,754,232.97	3,866,859.96
			ค่าวัสดุอิเล็กทรอนิกส์	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
			ค่าวัสดุ	51,016,986.72	71,167,213.20	133,499,129.28	99,115,382.98	102,088,844.47	105,151,509.80
			ค่าสาธารณูปโภค	76,779,269.62	71,457,397.66	113,445,758.65	100,849,131.41	103,874,605.35	106,990,843.51
			ค่าใช้สอย	212,068,299.30	228,524,146.87	323,688,802.75	260,248,311.40	268,055,760.74	276,097,433.56

รายการ				ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ			แผนปี 2567	แผนปี 2568	แผนปี 2569
				2564	2565	2566			
			ค่าใช้จ่ายดำเนินงานอื่น	16,408,499.00	29,419,594.63	31,988,925.01	15,815,625.00	16,290,093.75	16,778,796.56
	รายจ่ายลงทุน								
			ค่าครุภัณฑ์	130,863,198.65					
			ค่าครุภัณฑ์งบค่าเสื่อม	0.00	48,670,000.00	47,890,000.00	43,459,587.95	44,763,375.59	46,106,276.86
			ค่าครุภัณฑ์เงินบริจาค	0.00	0.00	27,405,400.00	34,963,800.00	0.00	0.00
			ค่าครุภัณฑ์เงินบำรุง	0.00	57,058,330.00	51,632,452.00	37,234,356.00	38,351,386.68	39,501,928.28
			ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	220,979,900.12					
			ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้างงบค่าเสื่อม	0.00	148,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00
			ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้างเงินบริจาค	0.00	53,000,000.00	89,441,000.00	58,990,000.00	0.00	0.00
			ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้างเงินบำรุง	0.00	6,178,434.33	10,070,000.00	14,210,000.00	14,636,300.00	15,075,389.00
	รายจ่ายอื่น								
			รายจ่ายสนับสนุน รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. สสอ. สสจ.	790,500.00	14,365,860.91	37,079,322.86	0.00	0.00	0.00
			รายจ่ายอื่นๆ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
			งบกลาง (ไม่เกินร้อยละ 2-3.5 ของ ประมาณการรายจ่าย)	36,991,750.22	65,088,519.33	47,502,173.00	80,000,000.00	82,400,000.00	84,872,000.00
			รวมรายจ่าย	3,028,107,761.92	3,039,714,685.32	3,301,884,463.78	2,900,000,000.00	2,890,227,586.00	2,976,934,413.58
			รายรับสูง(ต่ำกว่า)รายจ่ายสุทธิ	-92,266,550.79	-259,394,453.15	-230,244,444.25	-0.00	96,772,414.00	99,675,586.42
			บวกเงินคงเหลือสะสมยกมา	943,786,388.00	803,977,322.02	489,410,487.12	264,349,363.73	264,349,363.73	361,121,777.73
			เงินคงเหลือทั้งสิ้น(1)	851,519,837.21	544,582,868.87	259,166,042.87	264,349,363.73	361,121,777.73	460,797,364.15

รายการ				ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ			แผนปี 2567	แผนปี 2568	แผนปี 2569
				2564	2565	2566			
			หักเงินกองทุนรอกการจัดสรร(4)	260,267,219.90	113,824,089.63	28,637,815.30	28,637,815.30	29,210,571.61	29,794,783.04
			หักภาระผูกพัน(5)	813,174,653.00	713,074,371.56	799,525,424.74	799,550,518.37	815,541,528.74	831,852,359.31
			เงินคงเหลือหลังหักตามข้อ (4) ข้อ(5)	-221,922,035.69	-282,315,592.32	-568,997,197.17	-563,838,969.94	-483,630,322.61	-400,849,778.20
<b>เงินคงเหลือทั้งสิ้น ประกอบด้วย</b>									
	เงินสด			0.00	0.00	78,337.00	79,903.74	0.00	0.00
	เงินฝากคลัง			205,920,544.44	108,470,449.81	67,508,292.01	68,858,457.85	0.00	0.00
	เงินฝากธนาคาร								
			ประเภทประจำ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
			ประเภทออมทรัพย์	642,948,790.65	434,470,878.56	189,437,888.55	193,226,646.32	0.00	0.00
			ประเภทกระแสรายวัน	2,650,502.12	1,641,540.50	2,141,525.31	2,184,355.82	0.00	0.00
			รวมเงินคงเหลือทั้งสิ้น (2)	851,519,837.21	544,582,868.87	259,166,042.87	264,349,363.73	0.00	0.00



❖ สรุปผลงานตามโครงการพระราชดำริ/โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

### โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

**ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567**

**1. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ**



- ➔ จัดบริการสาธารณสุขครบตามเกณฑ์คู่มือฯ ทั้ง 6 ด้าน
- ➔ จัดทำแผนออกบริการ โดยแพทย์พยาบาล เกษัชกร 6-9 ชม./สัปดาห์
- ➔ สักส่วน อสรจ. ต่อผู้ต้องขัง (รจ. 1:16 และ ทสบ. 1:13 )
- ➔ มีแผนฝึกอบรม/ฟื้นฟู อสรจ. 2 ครั้ง/ปี (ครั้งที่ 1 : ก.พ.2566)
- ➔ มีแผนสนับสนุน อสรจ. ร่วมจัดบริการ

✓ ผ่าน

**2. การบริการสุขภาพช่องปาก**



- ➔ พัฒนา อสรจ. ให้ช่วยตรวจคัดกรองและส่งต่อผู้ที่มีปัญหาช่องปาก เพื่อรับการรักษา
- ➔ จัดทำแผนออกบริการสุขภาพช่องปาก โดยทีมทันตสาธารณสุข
- ➔ ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก (รจ. ร้อยละ 100.00 และ ทสบ. 61.88)
- ➔ ผลการรักษาทางทันตกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี (รจ. ร้อยละ 65.32 และ ทสบ. 100.00)

✓ ผ่าน

**3. การบริการสุขภาพจิต**



- ➔ จัดบริการคัดกรองสุขภาพจิต ร้อยละ 100 ทั้ง 2 แห่ง
- ➔ ผู้ที่พบปัญหาสุขภาพจิต ส่งพบแพทย์ทุกราย ร้อยละ 100 ทั้ง 2 แห่ง
- ➔ ส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวช หลังปล่อยตัวให้รพ.แม่ข่าย เพื่อติดตามเชื่อมต่อเนื่องจนครบ 1 ปี

✓ ผ่าน

**4. การป้องกันและควบคุมโรค**



- ➔ คัดกรอง TB แรกรับ 100 % รายเก่า รจ. 44.25% ทสบ 70.28%
- ➔ คัดกรอง HIV HCV Syphilis รายใหม่ รจ. 82.7% ทสบ 81.5%
- ➔ มีแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และให้บริการวัคซีนโควิด-19 / ใช้ขวดใหญ่ ครบ 100%

✓ ผ่าน

**ผลงานเด่น**      ค้นให้พบ จบด้วยหาย ง่ายในแผ่นเดียว




## โครงการฟันเทียมพระราชทาน

ผลงานฟันเทียมทั้งปาก (บน/ล่าง) และฟันเทียมบางส่วนถอดได้ 16 ซี่ ขึ้นไป ในผู้ป่วยอายุ 45 ปี ขึ้นไป

ปีงบประมาณ	จำนวน (ซี่)
2565	236
2566	165
2567	32

❖ สรุปผลการดำเนินงานตามนโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี 2567



# นโยบาย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567

ยกระดับ 30 บาท พลัส  
Quick Win 100 วัน

**1 โครงการพระราชดำริฯ/เฉลิมพระเกียรติ/ที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์**

- โครงการร่ายกัมที่เนิ่นสุพ
- กิจกรรมเสริมในผู้ด้อยโอกาส
- โรงพยาบาลจิตเวชสันเขม (สพร./สพท.)
- สุภาพราชราชทาน ผ่านการรับรองคุณภาพทุกแห่ง

**2 SW. กกม. 50 เขต 50 SW. และปริมณฑล**

- จัดตั้ง SW. 120 เคื่อง
- ในเขตตอนเมือง / อ.เมือง จ.เชียงใหม่

**3 สุภาพจิต/ ยาเสพติด**

- จัดตั้งศูนย์บริการฉุกเฉิน ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ทุกจังหวัด
- มีห้องผู้ป่วยจิตเวช ทุกจังหวัด
- มีกลุ่มงานจิตเวช ทุกอำเภอ

**4 มะเร็งครบวงจร**

- ให้บริการ HPV ในหญิงวัย 11 – 20 ปี 1 ล้านคน
- คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ 100,000 คน
- มี Cancer warrior ทุกจังหวัด

**5 สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร**

- มี CareD+ Team ในศูนย์บริการฉุกเฉิน
- บรรจุพยาบาล 3,000 ตำแหน่ง
- กำหนดค่าตอบแทนพยาบาลชำนาญการพิเศษ
- พบปะต้อนรับให้กำลังใจกัน
- ให้ได้รับเงินเดือนประจำวิชาชีพ

**6 การแพทย์ปฐมภูมิ**

- ตรวจโรค อัมพาต Telemedicine
- ทุกวัน 1 จังหวัด 1 SW.
- อำนวยการปฐมภูมิ (ครู กบว พอเม)
- 1 อำเภอ 1 โทรเลข

**7 สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ**

- เพิ่มเตียง เบิกจ่าย Real Time
- บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
- ลงทะเบียน เพิกขทางเข้าถิ่นบริการ
- ในศูนย์ประจำกระทรวง

**8 สถานชิวภิบาล**

- จัดตั้งสถานชิวภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง
- จัดตั้ง Hospital at Home จังหวัดละ 1 แห่ง
- จัดตั้งคลินิกผู้ป่วยอายุทุก SW.

**9 พัฒนา SW. แม่ข่าย**

- กำหนดเป้าหมาย SW. แม่ข่าย
- จัดทำแผนพัฒนา SW. แม่ข่าย
- พัฒนาศักยภาพการวินิจฉัยด้วย CT/MRI (18/26)

**10 ดิจิทัลสุขภาพ**

- บริการประชาชนในเคื่อง ไรเทคโนโลยี
- 4 เขตสุขภาพ
- 200 SW. อัจฉริยะ: ค่าบริการ
- Virtual Hospital 1 แห่ง

**11 ส่งเสริมการมีบุตร**

- บรรจุบุคลากรในเคื่อง บริการเสริมการตั้งครรภ์
- ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง
- มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง
- คัดกรองโรคหายากในการฝากครรภ์ 24 ชม

**12 เศรษฐกิจสุขภาพ**

- Blue Zone เขตสุขภาพละ 1 แห่ง
- มีศูนย์ Wellness Center 500 แห่ง
- ทำรอบมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน 100 รายการ
- สร้างงาน สร้างอาชีพ (มูลค่า 5,000 กม/ Caregiver 5,000 กม/ Care Assistant 1,000 กม)

**13 นักท่องเที่ยวปลอดภัย**

- Safety Tourist
- แพทย์ภาษา: 1 พื้นที่
- One Region One Sky Doctor

V.11 21/09/2566

## นโยบายมุ่งเน้น 2567 เขตสุขภาพที่ 7 (17 ประเด็น)



**1 LE&HALE**

- วิเคราะห์ LE & HALE 5 อันดับแรกของอำเภอ จัดทำมาตรการ แนวทางโครงการ/กิจกรรมที่จะลดปัญหา
- ดำเนินการติดตามประเมินค่าผล
- อัตราการตายของปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรกลดลง 5%
- ความแตกต่างของค่า LE, HALE ของปีปัจจุบันเทียบกับค่า LE ของปี 2560

**2 แผนพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่าย**

- มีแผนพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่าย
- ดำเนินการตามแผนพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่ายได้สำเร็จ
- สามารถดำเนินการได้สำเร็จทุกขั้นตอนตามระดับความสำเร็จ

**3 รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ**

- อัตราการรับบริจาคอวัยวะและอวัยวะ (1:100 hospital deaths)
- จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและอวัยวะ (Donor card) เพิ่มขึ้น >200%
- จำนวนการปลูกถ่ายไตและกระจกตา >10%

**4 ลดแอ็ด ดรอคอย (OPD,IPD,Refer)**

- ออกแบบปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยนอกใหม่ ซึ่งแต่เดิมมีแอ็ดรอคอยสูง
- ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอรับบริการที่โรงพยาบาล
- รพท./รพช. จัดให้มีแพทย์ส่งตรวจ OPD ก่อนเวลา 8.30 น. ทุกวัน ตั้งแต่ 6 น. เป็นต้นไป
- จัดรถส่งของวัน-วันส่งที่แพทย์ round พยาบาล เร็วขึ้น 12.00 น.
- จัดรถรับ refer ผู้ป่วยที่มี cdxj RW < 0.5 ของรพ. แม่ข่าย
- จัดรถรับ refer ผู้ป่วยที่มี cdxj RW < 0.5 ของรพ.
- จำนวนผู้ป่วยที่มารับ refer คนไข้ไป รพ.
- อัตราการรอดชีวิตของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

**5.1 ลดป่วย อดตาย (STEMI)**

- STEMI รายใหม่ป่วยกว่า 15 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน
- STEMI ได้รับ reperfusion ตามเกณฑ์ร้อยละ: 80
- อัตราการตาย STEMI ไม่เกินร้อยละ 4.5

**5.2 ลดป่วย อดตาย (STROKE)**

- Stroke รายใหม่ป่วยกว่า 180 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน
- ผู้ป่วยโรค STROKE ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 20%
- ผู้ป่วยโรค STROKE ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด >80%
- อัตราการตายโรคหลอดเลือดสมอง <4%

**5.3 ลดป่วย อดตาย (CANCER)**

- อัตราการตรวจพบมะเร็ง 80% -> ผลผิดปกติ ได้รับ colposcopy 95%
- อัตราการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ 80% -> ผลผิดปกติ ได้รับ colonoscopy 80%
- อัตราการตรวจพบมะเร็งปอด 70% -> ผลผิดปกติ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อและตรวจหาพยาธิวิทยา 95%
- ผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่การรักษาได้ภายใน 1 เดือนตั้งแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัย 80%

**6 เศรษฐกิจสุขภาพ & Wellness Economy**

- อัตราการส่งเสริมสุขภาพที่ผลิตได้ในโรงพยาบาล SW. ของรัฐ 100%
- Wellness community อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง
- ผลกับสุขภาพชุมชนได้รับการขยายเพิ่ม > 80%
- จำนวนสถานประกอบการ wellness รายย่อยจังหวัดละ 1 แห่ง สนับสนุนพัฒนาความรู้ทักษะ และสนับสนุน: เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณที่แล้ว > 200% (2 เท่า)

**7 Palliative Care**

- พัฒนาโครงการทำหามและเบาะนอนดูแลผู้ป่วย PC (OPD & IPD)
- SW. มีเตียงหรือรถผู้ป่วยเพื่อดูแลผู้ป่วย PC ไม่น้อยกว่า 1:100 เตียง SW.
- ลงทะเบียน/ให้บริการผู้ป่วย PC เพิ่มขึ้น 200% (2 เท่า)
- ผู้ป่วย PC มี advance care plan ร่วมกับผู้ป่วยร้อยละ 80%
- มีผลการรณรงค์การป้องกันและจัดการรณรงค์ต่างๆ ด้วย strong opioid ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพพยาบาล ร้อยละ: 80
- จำนวนสถานรับรักษาที่จัดตั้งขึ้นในจังหวัด ตามที่กระทรวงกำหนด

**8 ODS&MIS**

- ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการผ่าตัดแบบ ODS & MIS 90%
- ระดับความสำเร็จของการจัดการกรณีร่วม one stop service

# นโยบายมุ่งเน้น 2567

เขตสุขภาพที่ 7 (17 ประเด็น)



## 9 จิตเวชและยาเสพติด



- ผู้ป่วยเข้ารักษาในรพ.และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 85%
- การจัดระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง
- ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMV) ได้รับการดูแลต่อเนื่อง 90%
- การจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย ในทางส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาสุขภาพเด็กนักเรียน

## 10 ระบบส่งการการแพทย์ฉุกเฉิน (AOC)

- พัฒนาระบบ AOC ให้มีมาตรฐาน มากกว่า 80% ของมาตรฐานที่กำหนด
- รถพยาบาลอิสระไม่มีความเร็วที่กำหนด 100%
- รถพยาบาลดำเนินการตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนด 100%
- จุดตัดที่ท่าอากาศยานขอนแก่นได้รับการประเมิน 100%
- จุดตัดที่ศูนย์รถพยาบาลโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด 0 หรือ



## 11 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)



- DM ควบคุมเบาหวานได้ 50%
- HT ควบคุมความดันโลหิตได้ 75%

## 12 PP fee schedule

- คะแนนของหน่วยงานครอบคลุมของการดำเนินงานตาม PP fee schedule ทุกประเภท > 80%



## 13 EOC PHEM



- คะแนนประเมิน EOC assessment tool > 80% คะแนนรวม
- EOC manager ได้รับการอบรม > จังหวัดละ 2 คน
- ระดับความสำเร็จของโครงการดำเนินงานพร้อมหรือใกล้เคียงจังหวัด

## 14 การจัดการความรู้ CKO

- ร้อยละของผลงานวิชาการเด่น best practice และผลงานได้รับรางวัลได้ระดับชาติในพื้นที่



## 15 การเงิน&Governance



- คะแนนจากการประเมินมาตรฐานการจรรยาบรรณของโรงพยาบาล

## 16 การพัฒนาที่ยั่งยืน



- ระดับความสำเร็จของงานระดับคณะทำงานหรือคณะกรรมการขับเคลื่อนตามระดับเขต จังหวัด และอำเภอ
- มีคำสั่งหรือมติคณะกรรมการ และประเมินไม่น้อยกว่า 6 ครั้ง
- ระดับความสำเร็จของงานระดับแผนปฏิบัติการ: 4 ปี (พ.ศ. 2567 - 2570) เพื่อจัดการกับปัญหา climate change มากกว่า 80 คะแนน (วัดผล ครก. สมทก 1)
- ระดับความสำเร็จของงานระดับแผนแม่บท 2567 สบรณอยู่จนตามแผนได้ > 80%



## 17 การบริหารจัดการยา



- ระดับความสำเร็จของระบบการรายงานของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลเข้าสังกัดอยู่ในระบบต้นแบบระบบการ service plan สาขาต่างๆ กำหนด เช่น ยาเสพติด เป็นต้น

หน้า 2

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลขอนแก่น

## อำเภอสุขภาพดี

### อำเภอสุขภาพดี

กลไกขับเคลื่อนอำเภอ

ระบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น

Healthy Package

อำเภอสุขภาพดี

จังหวัด: ขอนแก่น (1)

สถานะ: ▼

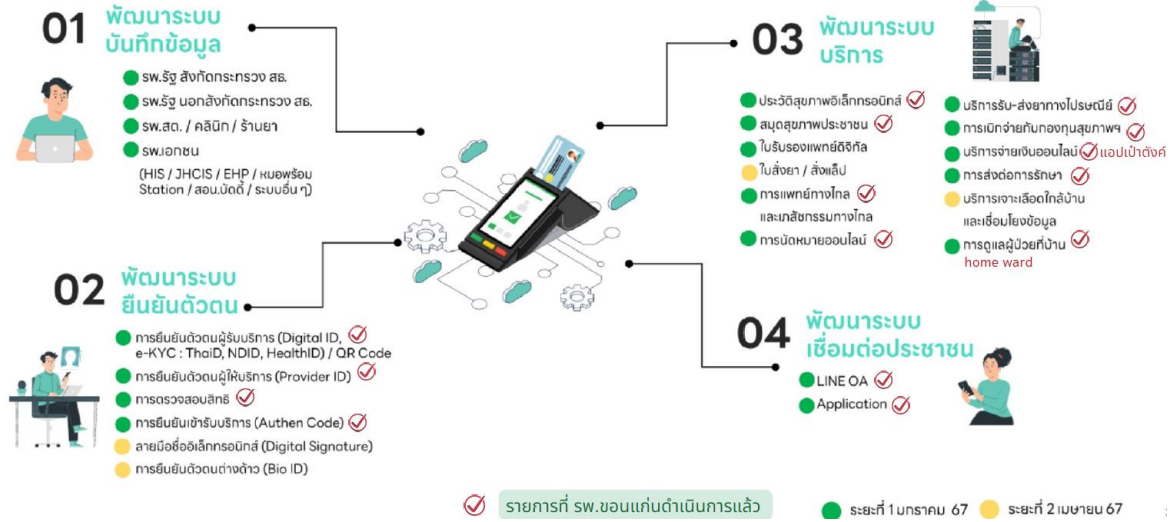
- 1 ผ่านการประเมิน UCCARE
- 2 มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
- 3 Health Station
- 4 สุขศาลา
- 5 ทะเบียนคัดกรอง

- 6 เมนูสุขภาพ (กินดี)
- 7 คลินิกเวชชใจ (จิตดี)
- 8 ก้าวก้าวใจ (ลดน้อยนิ่ง)
- 9 สิ่งแวดล้อมดี
- 10 อำเภออบรู้ (สัมพันธ์ภาพดี)

จังหวัด	อำเภอ	สถานะ	UCCARE	กองทุน	Health Station	สุขศาลา	ทะเบียนคัดกรอง	(กินดี) เมนูสุขภาพ	(จิตดี) คลินิกเวชชใจ	(ลดน้อยนิ่ง) ก้าวก้าวใจ	(สิ่งแวดล้อมดี) สิ่งแวดล้อมดี	(สัมพันธ์ภาพดี) อำเภออบรู้
ขอนแก่น	บ้านแฮด	Premium (silver)	1	1	0	40	1	0	1	6,959	1	6
ขอนแก่น	พระยืน	Premium (silver)	1	1	5	34	1	0	1	8,128	1	6
ขอนแก่น	พล	Premium (silver)	1	1	0	123	1	0	1	18,562	1	14
ขอนแก่น	ภูผาม่าน	Standard (bron...	1	1	0	31	1	0	1	1,536	0	5
ขอนแก่น	ภูเรือ	Standard (bron...	1	1	0	114	1	0	1	6,115	0	14
ขอนแก่น	มัญจาคีรี	Premium (silver)	1	1	0	118	1	0	1	8,635	1	4
ขอนแก่น	สีชมพู	Premium (silver)	1	1	0	113	1	8	1	10,470	0	2
ขอนแก่น	หนองนาคำ	ไม่ผ่าน	1	0	0	35	1	0	1	1,227	0	1
ขอนแก่น	หนองเรือ	Standard (bron...	1	1	0	47	1	0	1	20,311	0	8
ขอนแก่น	อุบลรัตน์	Premium (silver)	1	1	0	59	1	0	1	3,709	1	8
ขอนแก่น	เขาสวนกวาง	Standard (bron...	1	1	0	56	1	0	1	3,937	0	2
ขอนแก่น	เปือยน้อย	Premium (silver)	1	1	0	32	1	18	1	2,619	0	3
ขอนแก่น	เมืองขอนแก่น	Platinum (gold)	1	1	0	334	1	63	1	19,314	1	27
ขอนแก่น	เวียงเก่า	Standard (bron...	1	1	0	36	1	0	1	3,202	0	2
ขอนแก่น	เวียงชัย	Standard (bron...	1	1	0	64	1	0	1	9,541	0	5
ขอนแก่น	เวียงใหญ่	Premium (silver)	1	1	0	52	1	0	1	4,681	1	2
ขอนแก่น	โคกโพธิ์ไชย	ไม่ผ่าน	1	1	0	39	1	0	1	4,793	0	0

Smart hospital

# การเตรียมความพร้อม โรงพยาบาลขอนแก่น บัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกที่



# ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลขอนแก่น บัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกที่




 โรงพยาบาลขอนแก่น  
 KHON KAEN HOSPITAL

## ระบบยืนยันตัวตนเข้ารับบริการ sw.ขอนแก่น





เจ้าหน้าที่ เสียบบัตร  
ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

ผู้ป่วยกดยืนยันการใช้สิทธิ์  
และจ่ายส่วนต่างค่าบริการ ผ่านแอปเป๋าตัง

📍 **สถานที่นี้ เข้าร่วมโครงการ**




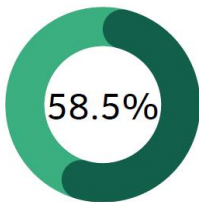
**หมอพร้อม  
DID**

บริการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล  
ของกระทรวงสาธารณสุข

**ฟรี!! ไม่เสียค่าใช้จ่าย**

f หมอพร้อม

- 
 โรงพยาบาลขอนแก่น  
 KHON KAEN HOSPITAL
1. บุคลากรทางการแพทย์ ไม่น้อยกว่า 50%
  2. ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ไม่น้อยกว่า 25%



บุคลากร sw.ขอนแก่น



ประชาชนทั่วไป

ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2566



## พัฒนาการเชื่อมข้อมูล line OA โรงพยาบาลขอนแก่น



1. ข้อมูลนัดหมาย
2. ผล lab covid
3. รายการรับวัคซีนโควิด



## Telemedicine

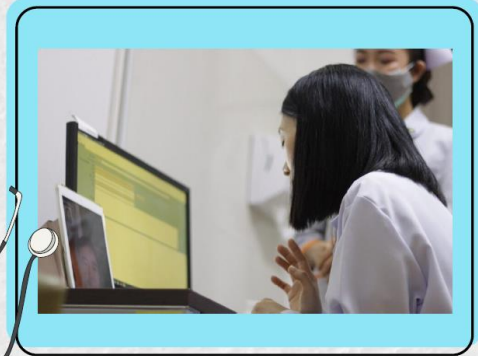
เริ่ม 1 ต.ค. - 10 ธ.ค. 2566

- 120 ครั้ง
- 10 ห้องตรวจ



# IPD PAPERLESS

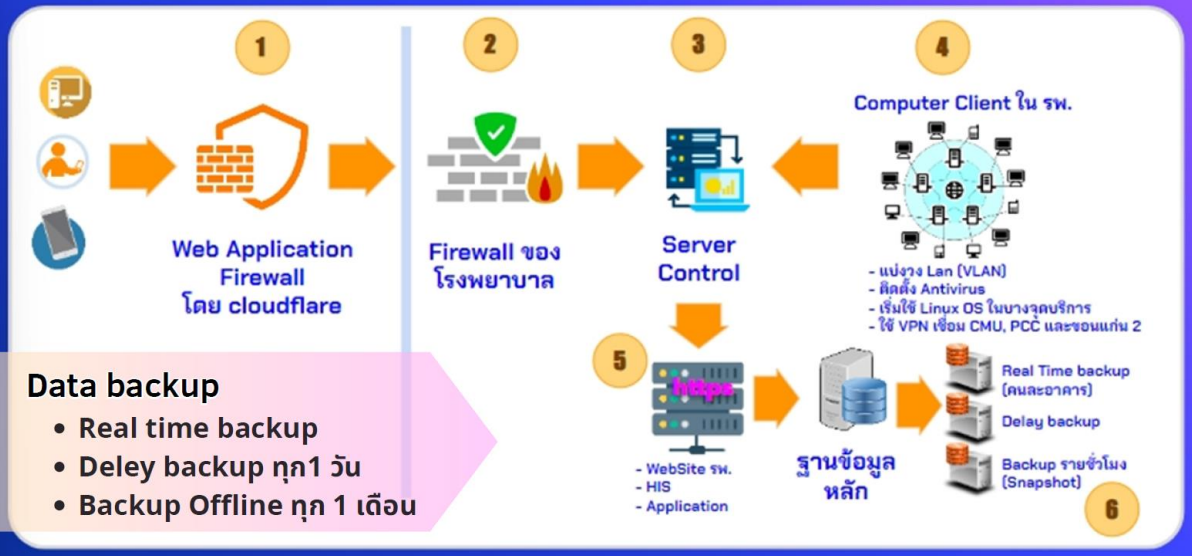
- 1.ระบบ CONSULT แพทย์จิตเวช
- 2.ระบบ CONSULT กายภาพบำบัด
- 3.ระบบเชื่อมต่อเครื่องตรวจ LAB ใน WARD
- 4.MEDICAL HISTORY
- 5.MEDICATION RECONCILIATION

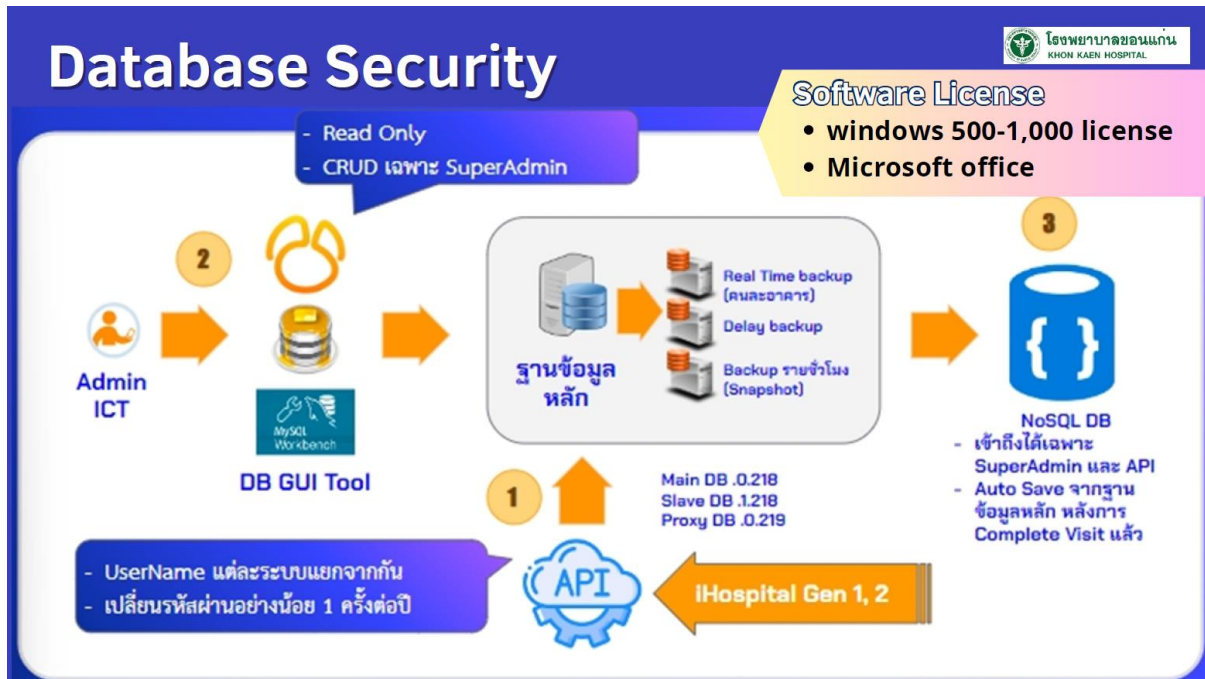


## การป้องกันด้าน Infrastructure



Digital Transformation  
Khon Kaen Hospital





โรงพยาบาลขอนแก่น  
KHON KAEN HOSPITAL

## คะแนนการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ sw.ขอนแก่น

**965**  
ระดับเพชร

<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><b>230</b> คะแนน</p> </div> <p style="text-align: center; color: #f08080;"><b>โครงสร้างพื้นฐาน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DATA Center</li> <li>• Server &amp; Storage &amp; Cloud</li> <li>• Network</li> <li>• End point</li> <li>• HIS</li> <li>• Communication Tech</li> <li>• ERP</li> <li>• Provider ID</li> <li>• ระบบยืนยันตัวตนผู้รับบริการต่างด้วย Biometric</li> </ul>	<div style="background-color: #f0a060; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><b>250</b> คะแนน</p> </div> <p style="text-align: center; color: #f0a060;"><b>การบริหารจัดการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การส่งต่อข้อมูลเข้า PHR</li> <li>• Payment</li> <li>• Financial Management</li> <li>• การแลกเปลี่ยนข้อมูล</li> <li>• การส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์</li> </ul>	<div style="background-color: #90ee90; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><b>250</b> คะแนน</p> </div> <p style="text-align: center; color: #90ee90;"><b>การให้บริการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kiosk</li> <li>• ระบบคิวออนไลน์</li> <li>• ระบบนัดหมายออนไลน์</li> <li>• OPD Paperless</li> <li>• IPD Paperless</li> <li>• Vital sign ชั่งน้ำหนัก</li> <li>• วัดส่วนสูงดิจิทัล</li> <li>• Telemedicine</li> <li>• Home service</li> <li>• การประยุกต์ใช้ AI ในบริการ</li> <li>• Clinical decision support</li> <li>• ไลน์แพทย์/รับรองความ</li> <li>• พิการอิเล็กทรอนิกส์</li> </ul>	<div style="background-color: #add8e6; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><b>225</b> คะแนน</p> </div> <p style="text-align: center; color: #add8e6;"><b>ความปลอดภัยและธรรมาภิบาล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความปลอดภัยพื้นฐาน</li> <li>• การกำหนดนโยบาย</li> <li>• ด้านความปลอดภัย</li> <li>• ธรรมาภิบาล</li> <li>• แผนตอบโต้ด้านความปลอดภัยไซเบอร์</li> <li>• พัฒนา Application / Software</li> <li>• คกก.พัฒนาสุขภาพดิจิทัลระดับ sw.ขอนแก่น</li> <li>• คกก. ความปลอดภัย</li> <li>• ทางไซเบอร์ระดับ sw.ขอนแก่น</li> </ul>
--	---	---	---



# what next



1. พัฒนาระบบรายงาน และ DASHBOARD ระยะเวลารอคอย OPD/ER
2. พัฒนาระบบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยต่างด้าว (BIO ID)
3. พัฒนาระบบบันทึกข้อมูล IPD PAPERLESS
4. เพิ่มจำนวน DID บุคลากร >80% , ประชาชน >15% ภายในไตรมาส 3
5. ประชุมเชิงปฏิบัติการ อบรม ครู ก. สอนการยืนยันตัวตน DID กับหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

## ส่งเสริมการมีบุตร

### ส่งเสริมการมีบุตร

โรงพยาบาลขอนแก่น เปิดให้บริการคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก (Fertility Clinic)  
ให้คำปรึกษา ตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ IUI

ห้องตรวจรีเวช อาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น 2 เปิดบริการวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น.



การบริจาคอวัยวะ

# Transplant

1

อัตราส่วนการบริจาคอวัยวะและดวงตา  
1:100 hospital deaths

2

จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาค  
อวัยวะและดวงตา (Donor card)  
เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 200 (เพิ่มขึ้น 2 เท่าจากปีที่แล้ว)

3

จำนวนการปลูกถ่ายไตและกระจกตา  
เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10

1. เป็น PA ของหัวหน้าพยาบาลทุกแห่ง
2. อบรมพยาบาลในหอผู้ป่วย ในการคัดกรอง และให้ข้อมูล อย่างน้อย 50%
3. มีการกำกับ และนิเทศโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย
4. มีการแต่งตั้ง TCWN ประจำหอผู้ป่วย
5. มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน
6. มีการจัดตารางเวรผู้รับผิดชอบ ในการคัดกรอง ให้ข้อมูล และการประสานงาน
7. มีการสรุปรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการ ร่วมกับภาคีเครือข่าย
2. กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก
3. กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้แต่ละพื้นที่
4. มีการประชุมคณะกรรมการ ทุกไตรมาส
5. จัดมุมให้ความรู้ หรือสัญลักษณ์ สื่อโปสเตอร์ให้ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย
6. กำหนดกิจกรรมออกหน่วยประชาสัมพันธ์ ในพื้นที่ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
7. สรุป รายงานผลการดำเนินงานทุกเดือน

1. มีระบบการจัดการ Waiting list
2. มี Flow ดำเนินการ
3. มีสถานที่ / อุปกรณ์ ใน Waiting list Clinic
4. มีหอผู้ป่วยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต
5. มี Nurse case manager

## ผลการดำเนินงาน



ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 1 ปี	ผลการดำเนินงาน	แดง	ส้ม	เหลือง	เขียว
1	อัตราส่วนการบริจาคอวัยวะและดวงตา	1:100 hospital deaths	-บริจาคอวัยวะ 0.6 : 100 -บริจาคดวงตา 0.4 : 100 504 ราย ได้อวัยวะ 3 ราย ดวงตา 2 ราย จาก (ลงนามบริจาคทั้งหมด 7 ราย แต่ผลเลือดไม่เข้า)	✔ <0.60	0.60-0.79	0.80-0.99	≥1.00
2	จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตา (Donor card)	เพิ่มขึ้น ≥200% (เพิ่ม 2 เท่าจากปีที่แล้ว)	เป้าปี 67 = 4,500 ราย ผลงาน Q1 = 706 ราย (15.69%)	✔ <100%	100-159%	150-199%	≥200%
3	จำนวนการปลูกถ่ายไตและกระจกตา	เพิ่มขึ้น ≥10%	ไต เป้า 67 = 24 ราย • ผลงาน Q1 = 4 ราย (16.7%) กระจกตา เป้า 67 32 ราย • ผลงาน Q1 = 7 ราย (21.9%)	✔ <6%	6-7%	8-9%	✔ ≥10%

ลดป่วย ลดตาย

## แผนการดำเนินงาน

# STROKE

1. การ Update ฐานข้อมูลประชากรในพื้นที่ให้เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับคัดกรอง CVD Risk
2. สนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพ Manager NCD ในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่
3. การเพิ่มความครอบคลุมการคัดกรอง CVD Risk ในกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยคัดกรองมาก่อน
4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่สามารถ Feed back ข้อมูล ร่วมกันตั้งแต่ระดับตติยภูมิและปฐมภูมิ
5. เพิ่มคุณภาพกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยคัดกรองมาก่อน ที่มี CVD Risk มากกว่า 20
6. เพิ่มอัตราความครอบคลุมการคัดกรอง CVD Risk ใน NCD Clinic
7. เพิ่มคุณภาพกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้น ในกลุ่มเสี่ยง NCD Clinic ที่มี CVD Risk มากกว่า 20

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 1 ปี	ผลการดำเนินงาน	แดง	ส้ม	เหลือง	เขียว
1	อัตราป่วยของ Stroke รายใหม่	น้อยกว่า 180 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน	<b>132.63</b>	> 200	191-200	181-190	≤180 ✔
2	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	ร้อยละ 20	<b>17.05</b>	< 10%	10-14%	15-19% ✔	≥ 20%
3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้รับยาละลายลิ่มเลือด	ร้อยละ 80	<b>30.65</b>	< 60% ✔	60-69%	70-79%	≥ 80%
4	อัตราป่วยตายโรคหลอดเลือดสมอง	ไม่เกินร้อยละ 4	<b>6.62</b>	> 6.0% ✔	5.1- 6.0%	4.1-5.0 %	≤4.0%

# STEMI

### แผนการดำเนินงาน

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง โดยการเปิดหลักสูตร CVN (อยู่ระหว่างดำเนินการ)
2. เพิ่ม Health Literacy แก่ประชาชน บูรณาการกับ 3 หมอ early warning sign (ร่วมกับเวชกรรมสังคม)
3. การบูรณาการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่าง Service plan สาขาหัวใจ สาขา NCDและปฐมภูมิ (วางแผนร่วมกับเวชกรรมสังคม)

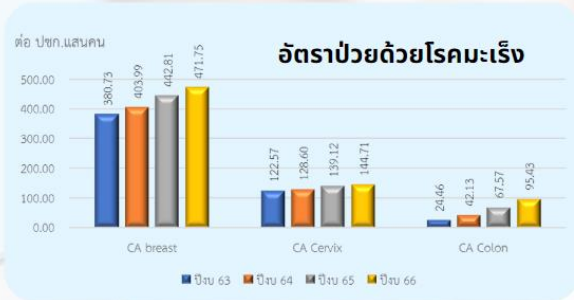
### กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. พัฒนา sw.ร้อยเอ็ด เปิดให้บริการตรวจสวนหัวใจ 24/7
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ACS Rally
3. พัฒนาระบบบริการคลินิกอดบุหรี่ ทั้งเขตฯ7
4. กำหนดรายการยาที่สำคัญและจำเป็นในการรักษาโรคหัวใจ ให้ sw.ทุกแห่ง รวมถึงยา high potency statin
5. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เรื่อง STEMI Alert
6. ส่งเสริมการใช้บริการ 1669/EMS
7. วางแผนกำหนด Zoning ระบบการรับส่งต่อในเขตฯ
8. พัฒนาวัดกรรม CQI และวิจัย มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
9. ระบบฐานข้อมูลการส่งข้อมูลใน Thai ACS Registry

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 1 ปี	ผลการดำเนินงาน	แดง	ส้ม	เหลือง	เขียว
1	อัตราป่วยของ STEMI รายใหม่	น้อยกว่า 15 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน	54.09 ต่อ ปชก 1 แสนคน (965/1,784,165)	>20 ✔	18-19.9	15-17.9	<15.0
2	ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือทำ Primary PCI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	มากกว่าร้อยละ 80		<40%	40-49%	50-59%	≥ 60%
3	อัตราตายของผู้ป่วย STEMI	ไม่เกินร้อยละ 4.5	6.94% (30/432)	>10.5% ✔	7.4-10.5%	4.4-7.5%	≤4.5%
4	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับ reperfusion	มากกว่าร้อยละ 80	97.92% (423/432) <small>* ข้อมูล ณ ปีงบประมาณ 2566</small>				≥ 80% ✔

# CANCER

## แผนการดำเนินงาน



01

เพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Self Collection ทุกหน่วยบริการ

02

จัดทำแผนการรายงานข้อมูล และจัดทำนารายงาน ร่วมกัน Service Plan สาขามะเร็ง ICT สสจ.ขอนแก่น และ ประสานและขอเข้าถึงข้อมูลที่เป็นจากหน่วยบริการนอกสังกัด

03

ແຮມບຸກລາກໃນການໃຫ້ບໍລິການ ເຊັ່ນ ການຈັດກິດຈະກຳສ່ວນ ກ້ລ່ອງ Colonoscope

04

ເສນອນໂຍນາຍການເບິ່ງຄ່າໃນອັຕຣາເຕີວກັນຕໍ່ ສປສຍ. ໃນການໃຫ້ບໍລິການສ່ວນກ້ລ່ອງ Colonoscope ຫຼື Colposcope

## ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 1 ปี	ผลการดำเนินงาน	แดง	ส้ม	เหลือง	เขียว
1	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ 60	39.53%	☹️	☹️	☹️	☹️
2	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	ร้อยละ 95	81.01%	☹️	☹️	☹️	☹️
3	ร้อยละของประชากรเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ กลุ่มอายุ 50-70 ปี	ร้อยละ 80	เป้า 82,625 คน ตรวจคัดกรอง 406 (0.48%)	☹️	☹️	☹️	☹️
4	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	ร้อยละ 80	77.15%	☹️	☹️	☹️	☹️
5	ร้อยละของประชากรเป้าหมายได้รับการคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	ร้อยละ 70	เป้า 10,491 ตรวจคัดกรอง 2,879 (27.44%)	☹️	☹️	☹️	☹️
6	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งช่องปาก) ได้รับการตัดชิ้นเนื้อและตรวจทางพยาธิวิทยา	ร้อยละ 95	48/48 ราย 100%	☹️	☹️	☹️	☹️
7	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ภายใน 1 เดือนนับตั้งแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ 80	100%	☹️	☹️	☹️	☹️

## แว่นตาเด็กนักเรียน

### บริการแว่นตาเด็ก

#### กิจกรรมดำเนินการ

1. จัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงาน วิเคราะห์ปัญหา ปรับปรุงแก้ไข ติดตามผลการดำเนินงาน
2. เจ้าหน้าที่/ผู้รับผิดชอบงาน/ครูอนามัย ดำเนินงานอนามัยวัยเรียนในการตรวจสุขภาพ (หู ตา เหา ภาวะโลหิตจาง)
3. สนับสนุนสื่อที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยวัยเรียน ทั้งโปสเตอร์ แผ่นพับ แผ่นตรวจวัดสายตา และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้กับเจ้าหน้าที่/ครูอนามัย ในการดำเนินงาน Application/Line และอื่นๆ
4. ส่งเสริม/พัฒนาศักยภาพ ทั้งในบุคลากรสาธารณสุข ครูอนามัย ผู้ปกครองหรือแกนนำนักเรียน

#### ผลงานสนับสนุนแว่นตาสำหรับเด็ก 3-4 ขวบ

- ปี 2565 ได้รับแว่นตาสับสนุน 17 ราย
- ปี 2566 ได้รับแว่นตาสับสนุน 0 ราย
- ปี 2567 อยู่ระหว่างดำเนินการ



# ส่วนที่ 3



สรุปคะแนนตามตัวชี้วัด  
การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน  
สาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)



**สรุปภาพรวมผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการนิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน  
สาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) โรงพยาบาลขอนแก่น  
รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2567**

ยุทธศาสตร์	จำนวน ตัวชี้วัด	3-5 คะแนน	0-2 คะแนน	ประเมิน รอบที่ 2- 2567
ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้าน สุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน	19	5 KPI (104,105,111, 113, 119)	11 KPI (102, 103,106,107,10 8,109,110,112.1 14,116,117)	3 KPI (101,115, 118)
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการ สุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม	14	8 KPI (202,203, 205,207,211, 212,213,214)	4 KPI (201,204, 209.210)	2 KPI (206,208)
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มี สมรรถนะมีความสุขในการทำงานและ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนใน การดูแลและจัดการระบบสุขภาพ	2	1 KPI (302)	1 KPI (301)	-
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กร สาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วย ความทันสมัยและธรรมาภิบาล	5	4 KPI (401,402, 403,405)	-	1 KPI (404)
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>6</b>

❖ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
K101	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	2	<u>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</u>	286	0 (ยังไม่ครบกำหนดคลอด)			ห้อง ANC/งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.
K102	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	2	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	284	134	47.18	1	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.
K103	ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	2	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	432	90	23.83	1	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.
K104	ระดับคะแนนความสำเร็จการป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด	2	ระดับคะแนนความสำเร็จการป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด				5	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/ <b>ห้องคลอด</b> /สสอ.
			<u>1.กระบวนการ</u>					
			1.1 โรงพยาบาลมีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	0	NA			



รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			1.2 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI) $\geq$ ร้อยละ 80	20	20	100		
			1.3 หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปากมดลูกเปิด $\leq$ 3 เซนติเมตรได้รับการยับยั้งการคลอดสำเร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	67	82	81.7		ห้องคลอด
			1.4 โรงพยาบาลมีการทบทวนสาเหตุของทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 100	68	68	100		
			2.ผลลัพธ์					
			2.1 อัตราการคลอดก่อนกำหนด < ร้อยละ 8	847	68	8.02	5	
K105	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	2	<u>ไม่เกินร้อยละ 7</u>	131	12	9.16	3	ห้องคลอด/งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม
K106	ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	3	<u>เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 86</u>	2,004	1093	14.54	1	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
K107	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ตรวจครั้งแรก)	2	มากกว่าร้อยละ 90	2,006	898	44.77	0	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.
K108	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	2	มากกว่าร้อยละ 90	227	145	63.88	0	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.
K109	ร้อยละของเด็กอายุ 0 -5 ปี สูงดีสมส่วน	2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง/ความยาว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	9,705	4,152	42.78	0	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.
			ร้อยละของเด็กอายุ 0 -5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 76	9705	2,690	64.79	0	
K110	คะแนนความสำเร็จของการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ เด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน	2	คะแนนความสำเร็จของการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ เด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน				2	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.
			1.เด็ก 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง (ความครอบคลุม > ร้อยละ 80	14,549	5,157	35.45	1	

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			2.เด็ก 6-14 ปีมีส่วนสูงดี รุปร่างสมส่วน > ร้อยละ 64	5,157	3,452	66.94	5	
K111	คะแนนความสำเร็จของการเฝ้าระวังและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	2	คะแนนความสำเร็จของการเฝ้าระวังและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น				4	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ.
			1.ประเมินตนเองตามมาตรฐานที่เป็นมิตรต่อเด็กและเยาวชนผ่าน YFHS Application (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) และผ่านการประเมินรับรอง	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน			
			2.ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60)	88	35	39.77	ไม่ผ่าน	
			3.ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ≤ ร้อยละ 13	56	7	12.5	ผ่าน	

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
K112	คะแนนความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุไม่มีภาวะฟุ้งฟิง	3	คะแนนความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุไม่มีภาวะฟุ้งฟิง				1	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม
			1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน >ร้อยละ 81	68,658	8,574	12.49	0	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม
			2. ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข > ร้อยละ 80	68,658	9,192	13.39	0	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/
			3. ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะฟุ้งฟิงได้รับการอนุมัติดูแลตาม Care Plan >ร้อยละ 95	3,011	2,868	95.25	1	ก.การพยาบาลชุมชน
			4. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหวได้รับการวางแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) > ร้อยละ 60	795	325	40.88	0	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/
			5. หน่วยบริการสาธารณสุขมีการจัดทำโครงการสนับสนุนการ	18	16	88.89	0	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			เข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของผู้สูงอายุได้แก่ แวนสายตาผ้าอ้อมผู้ใหญ่ >ร้อยละ 60					
			6. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะฟั๊งฟั๊ง >ร้อยละ 96.75	9,192	8,466	92.10	0	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/
K113	ระดับคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรค Stroke STEMI	2	ระดับคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรค Stroke STEMI	5			5	ก.สุขศึกษา/งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม
			1. ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1	1	1	1	1	
			1.1 หน่วยบริการทุกแห่งลงทะเบียนและประเมินตนเองผ่านโปรแกรมสุขภาพ อุ่นใจ	1	ผ่านกลไกสุขภาพ อุ่นใจ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ		1	ผ่านกลไกสุขภาพ อุ่นใจ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			1.2 อำเภอเลือก 1 ตำบล เพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ ด้านสุขภาพ จำนวน 1 ตำบล	1 ตำบล	3 ตำบล ผ่านกลไกเมืองสุขภาพดี 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านทุ่ม ตำบลศิลา และ ตำบลเมืองเก่า		1	ผ่านกลไกเมืองสุขภาพดี 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านทุ่ม ตำบลศิลา และ ตำบลเมืองเก่า
			1.3 ชุมชนมีคณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพผู้ป่วย โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง	มีคณะกรรมการ ๑	กลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอเมืองขอนแก่น มีคณะกรรมการ CUP Broad ในการประสานความร่วมมือ มีการประชุมทุกเดือน		1	กลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอเมืองขอนแก่น มีคณะกรรมการ CUP Broad ในการประสานความร่วมมือ มีการประชุมทุกเดือน

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			1.4 ตำบลมีทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ STEMI และ โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) (ทุกชุมชน/หมู่บ้าน)	1	1	1	1	ผ่านการประเมินเป็นชุมชนระดับประเทศ 4 ชุมชนในปี 2566
			2. ระดับคะแนนความสำเร็จที่2	2	2	2	2	
			2.1 ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1 และมีผลลัพธ์ จำนวนผู้ป่วย DM/HT มีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนร่วมกิจกรรม(ภายในเดือนมีนาคม 2567) > ร้อยละ 75	> 75	75	75	1	

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			3. ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 3					
			ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2 และมีผลลัพธ์ก่อนร่วมกิจกรรม (แต่ไม่ผ่านเกณฑ์)					
			3.1 ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา) < ร้อยละ 80	< ร้อยละ 80				
			3.2 ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุข อุ๋นใจ) < ร้อยละ 71	< ร้อยละ 71	75	75	1	
			4. ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 4					
			ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 1+2 และมีผลลัพธ์หลังร่วมกิจกรรม (ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ) (ภายในเดือนมิถุนายน 2567)					



รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			4.1 ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา)					
			4.2 ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุข อุ๋นใจ)	71	75	75	1	
			5. ระดับคะแนนความสำเร็จที่ 5					
			ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จที่ 1+2 และมีผลลัพธ์หลังร่วมกิจกรรม					
			5.1 ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา) >ร้อยละ 80	> ร้อยละ 80				
			5.2 ผู้ป่วย DM/HT มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุข อุ๋นใจ) >ร้อยละ 71	> ร้อยละ 71				
K114	ร้อยละสตรีอายุ 30-≤60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test	3	≥ ร้อยละ 80	14,445	3,149	21.08	1	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
K115	ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่)ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test	3	≥ ร้อยละ 55	7,870	404	5.13	1 (ไม่ประเมินในรอบที่ 1)	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.
K116	ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	3	ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง				1	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.
			1. ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	38,857	3,427	8.82	1	
			2. ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	34,743	2,551	7.34	1	
K117	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	2	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง				1	งานส่งเสริมสุขภาพฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ./รพ.สต.

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq$ ร้อยละ 70	3,427	36	1.05	1	
			2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq$ ร้อยละ 95	2,551	112	4.39	1	
K118	ระดับคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอ	2	เกณฑ์การให้คะแนนคะแนนเต็ม 5 คะแนนผ่านตัวชี้วัดอย่างน้อย 6 รายการ = 3 คะแนน	6	1	0	0	งานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ.
			1. มีชุมชนต้นแบบ RDU Community $\geq$ 2 หมู่บ้าน/อำเภอ ( 5 activities)	2	0	0	0	ประเมินผลการดำเนินงานรอบที่ 2
			2. มีข้อมูล RDU literacy baseline ของจนท.รพ.สต.และอสม.กลุ่มเป้าหมายครบถ้วน	จนท. 2 อสม. 10 คน (12 * 26 แห่ง) 312 คน	310	99.36	0	ประเมินผลการดำเนินงานรอบที่ 2
			3. สสอ.สามารถเปิดให้บริการเป็นศูนย์ให้คำปรึกษาและเปิดสิทธิ์	มีแผน	แผนการดำเนินงาน	0	0	ประเมินผลการดำเนินงานรอบที่ 2

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			การอนุญาตสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และรับเรื่องร้องเรียนด้านยาและสุขภาพ					
			4. มีภาคีเครือข่าย SAT/RRT team ระดับอำเภอที่ดำเนินการจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่	มีคำสั่งและระบบงาน	มีคำสั่งและระบบงาน	100	1	ประเมินผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
			5. มีผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมจนได้รับอนุญาตภายในปีงบประมาณ 2567 อย่างน้อยอำเภอละ $\geq 1$ ผลิตภัณฑ์	1	0	0	0	ประเมินผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
			6. สถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายผ่านมาตรฐาน $\geq 80\%$	จำนวนสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมาย 80%	0	0	0	ประเมินผลการดำเนินงาน รอบที่ 2

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			7. จำนวนร้านค้าร้านชำปลอดภัยมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 80\%$	(ร้านเท่าไร?) จำนวนร้านค้าร้านชำปลอดภัยมีคุณภาพ 80%	0	0	0	ประเมินผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
			8. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ $\geq 80\%$	(ตัวอย่าง) จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 80%	0	0	0	ประเมินผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
K119	ระดับความสำเร็จของการยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	2	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5 ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge จากทีมประเมินระดับจังหวัด แต่ยังไม่ได้รับใบประกาศ		5	ก.สูขศึกษา/สสอ.

❖ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม จำนวน 14 ตัวชี้วัด

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
K201	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	3	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40	21,491	3,336	15.52	2	ก.การพยาบาลชุมชน
			2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60	37,975	10,502	27.26	1	
K202	ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง	3	อำเภอมีการดำเนินการตามกิจกรรมในข้อ 1-3 ได้แก่				5	ก.จิตเวช
			1. มีแผนงานและโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการบันทึกผ่านระบบรายงานแผนปฏิบัติงาน (KOPA)	มีแผนงาน	มีแผนงาน			
			2. มีเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรองช่วยเหลือและส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	มี	มี			
			3. มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วย 2Q 9Q 8Q หรือใช้ Application Mental Health Check In (ไตรมาส 2 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ไตรมาส 4 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	$\geq 30$	นับผลงานไตรมาส 2			

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			มีการดำเนินกิจกรรมต่อไปอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ 1. มีคลินิกหอบหืดรอบครัว (PCU NPCU) มีระบบกิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน 2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท เข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น	2 ข้อ	2 ข้อ			
			มีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ยาฆ่าตัวตาย ไตรมาส 2 ร้อยละ 50 ไตรมาส 4 ร้อยละ 90	ร้อยละ 50	77/60	77.92		
			อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 7.8 ต่อแสนประชากร	7.8 ต่อแสน ปชก.	4 ต่อแสน ปชก.			
K203	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr	2	≥ ร้อยละ 66	1,044	569	54.5	3	หน่วยไตเทียม/ก.การพยาบาลชุมชน
K204	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	2	Retention Rate (ระบบสมัครใจ, ม. 113, ม.114) ร้อยละ 62	ร้อยละ 62	78	24.36	2	ก.จิตเวช/สสอ.

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
K205	ระดับความสำเร็จการดำเนินการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)	2	ระดับ 5	<ร้อยละ 12	3 เดือน = เสียชีวิต 66 ราย และ ยอดศพ. ทั้งหมด 2,999 ราย	ร้อยละ 2.20	5	Trauma center (พ็วย)
K206	คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค	3	คะแนนความสำเร็จ 5 คะแนน					ก.การพยาบาลชุมชน/งานคุ้มครองผู้บริโภค ก.เวชกรรมสังคม/ก.จิตเวช
			1. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (ไตรมาสที่ 1/2567) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88	104 ราย	103 ราย อยู่ระหว่างการรักษา			ณัฐธิดา / พวงอนงค์ พยาบาลชุมชน
			2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	593 ราย	incident case 130 ราย	21.92		ณัฐธิดา / พวงอนงค์ พยาบาลชุมชน
			3. ร้อยละของการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ด้วยวิธี Chest X-Ray ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85	1,342	691	51.49		งานป้องกันควบคุมโรคฯ ก.เวชกรรมสังคม



รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			4. อัตราการค้นหาวินิจฉัยโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในปีงบประมาณ 2567	6,000	3,327	55.45		งานป้องกันควบคุมโรคฯ ก.เวชกรรมสังคม
K207	ระดับคะแนนการดำเนินงานเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของการระบาดโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ	2	ระดับคะแนน 5 คะแนน	ระดับ 5	ระดับ 5		5	งานป้องกันควบคุมโรคฯ ก.เวชกรรมสังคม/สสอ.
K208	คะแนนความสำเร็จในการส่งเสริมการเข้าสมเหตุสมผล และการจัดการเชื้อดื้อยาระดับอำเภอ	2	คะแนนความสำเร็จ 5คะแนน	รอบแรกยังไม่ประเมินเป็นค่าคะแนนความสำเร็จ แต่จัดส่งเอกสารการวิเคราะห์สถานการณ์ SIM3				งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ/สสอ.
K209	ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัยรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	3	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 21	218,653	35,741	16.35	2	ก.การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
K210	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	2	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	1,330	8	0.06	0	ก.การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
K211	ระดับความสำเร็จการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	2	ผ่านเกณฑ์ระดับ 5	ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 (เป้าหมาย 37 ทีม)	ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 (ผลงาน 37 ทีม)	100	5	งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ฯ ก.เวชกรรมสังคม
K212	ระดับคะแนนความสำเร็จของการลดอัตราการตายในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 20	3	ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 1. มีคณะทำงานทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ และมีการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) สอดคล้องกับแนวทางจังหวัดกำหนด โดยใช้ Trigger Tool จำนวน 20 ชุด ทุก 3 เดือน (ไตรมาส 2 และ 3) รวม 40 ชุด	ผ่านเกณฑ์ระดับ 5	ผ่านเกณฑ์ระดับ 5	5	5	กลุ่มงานอายุรกรรม

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			<p>2. มีทีมวิเคราะห์และจัดการข้อมูลสารสนเทศ Sepsis ในฐานข้อมูล HDC และมีการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ตาม Sepsis Protocol</p> <p>3. มีแนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ Sepsis Screening tool (NEWS Score) ในการประเมินผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกราย</p> <p>4. มีการสร้างเครือข่ายและจัดระบบการประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เพิ่มการเข้าถึงในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ตาม Protocol Sepsis เช่น มี CM ในชุมชน มีการประเมินคัดกรอง Sepsis ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง</p> <p>5. มีการจัดทำผลงานนวัตกรรม แนวปฏิบัติที่ดี หรือแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ Best Practice Sepsis ปี 2567 อย่างน้อย 1 เรื่อง</p>					

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน		
	อัตราการตายในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community - acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 20		อัตราการตายในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 20 (HDC)	249	104	41.77	1		
K213	ระดับคะแนนความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วย Intermediate care* ให้ได้รับการบริหารป็นสภาพระยะกลางจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง หรือจน Barthel index = 20 ภายใน ระยะเวลา 6 เดือน	3	ระดับคะแนนความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วย Intermediate care = 4 คะแนน				4	ก.กายภาพบำบัด/ ก.เวชศาสตร์ฟื้นฟู (ฟิสิก)	
			K213.1 จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารป็นสภาพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20	184	181	98.37	4		
			K213.2 จำนวนผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารป็นสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/ bed	สสจ.แจ้งยังไม่ประเมิน					
			K213.3 จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารป็นสภาพระยะกลางจำนวน	สสจ.แจ้งยังไม่ประเมิน					

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
			มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน					
K214	ระดับคะแนนความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ	2	คะแนนความสำเร็จ 5 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ระดับ5	ผ่านเกณฑ์ระดับ5	100	5	ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ/ก.การพยาบาลชุมชน

❖ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ จำนวน 2 ตัวชี้วัด

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
K301	ร้อยละบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างน้อย 2 เรื่อง	1	ร้อยละ 90 บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้รับการอบรมพัฒนาสมรรถนะหลัก 2 เรื่อง สมรรถนะรอง อย่างน้อย 1 เรื่อง ทั้งระบบ online หรือ onsite และเอกสารการปฏิบัติงานการจัดการข้อร้องเรียน ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ การตรวจมาตรฐานการดำเนินงานตามกฎหมาย การแพทย์และการสาธารณสุข	10 คน	2 คน	20.00	0	สสอ.เมืองขอนแก่น
302	ร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุข มีดัชนีมวลกายปกติ		1. ร้อยละ อสม.และบุคลากรสาธารณสุข 19-59 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัตถุประสงค์สูงกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	2,708	2,708	100	5	สสอ.เมืองขอนแก่น
			2. อสม.และบุคลากรสาธารณสุข อายุ 19-59 ปี ที่มีค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 1 และอ้วนระดับ 2 มี BMI ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 2	2,708	60	2.20		สสอ.เมืองขอนแก่น

❖ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล จำนวน 5 ตัวชี้วัด

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
K401	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)	2	ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT1 - MOIT22) ค่าเป้าหมายคือระดับ 5 ร้อยละ 94 รอบที่ 1 ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ (MOIT 1 – MOIT 5)	5	5	100	5	สำนักงานควบคุมภายใน
K402	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	2	ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	เตรียมรับประเมินมาตรฐาน AHA (27-29 ก.พ. 2567)	รอรับการประเมิน	5	ศูนย์คุณภาพและมาตรฐาน
K403	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะสู่การพัฒนาเป็นองค์กรดิจิทัล	3	ผ่านเกณฑ์ 700 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ 700 คะแนน	965 ระดับเพชร	ผ่านเกณฑ์	5	ก.เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
K404	โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ	2	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การดำเนินการ ระดับ 5 ขึ้นไป	ระดับ 5	ปี 66 91.41 ปี 67 รอรับการประเมิน	รอรับการประเมิน	รอรับการประเมิน	ก.ยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ/ก.ประกันสุขภาพ/ก.การเงิน/ก.บัญชี/ก.พัสดุ

รหัส	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน รอบ 1/2567 (ข้อมูล 1 ต.ค.66 - 31 ธ.ค.66)				กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	อัตรา/ร้อยละ	ค่าคะแนน	
K405	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนา ต่อยอด	3	1.จำนวนวิจัย หรือ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ปัญหาในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 5 เรื่อง	5 เรื่อง	29 เรื่อง	100	5	ศูนย์วิจัย(ห้องสมุด) /สสอ.
			2. จำนวนวิจัย หรือ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด เป็น ปัญหาร่วมในระดับจังหวัด 1 เรื่อง	1 เรื่อง	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ			ศูนย์วิจัย(ห้องสมุด) /สสอ.





# ส่วนที่ 4



สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด  
การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน  
สาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ [CUP]



## K101 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ

**ก** การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

S : Structure	มีผู้รับผิดชอบงานในส่วนของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ติดตามกำกับและกระตุ้นการทำงานมีสูตินรีแพทย์ในศูนย์แพทย์ทั้ง4มุมเมือง ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ครอบคลุมทั้งอำเภอ
I : Information	มีการรวบรวมสถิติข้อมูลรายงานให้ทีมผู้รับผิดชอบรับทราบทุกเดือนมีการทบทวนแนวทางการทำงานทุกปี มีแนวทางการทำงานใหม่ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
I : Intervention and Innovation	Intervention -มีการจัดทำแผนพัฒนาโดยจัดทำโครงการในการพัฒนาทีมและแนวทางการทำงานทุกปี - มีการสร้างความเข้าใจ/เตรียมความพร้อมให้กับทีมในการพัฒนาความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด Innovation -มีการพัฒนาการทำงานแนวทางการทำงาน การส่งต่อ โดยใช้แบบฟอร์มที่ปรับปรุงใหม่ สะดวกครอบคลุมการดูแล
I : Integration	มีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่าง รพสต.ศูนย์แพทย์ และโรงพยาบาลขอนแก่น
M : Monitoring and Evaluation	มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ให้ทีมและผู้บริหารได้รับทราบเป็นระยะ

### **ก** ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- การดำเนินงานที่ยังเป็นปัญหาคือหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า, ไม่มารับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะตั้งครรภ์ ใกล้คลอดย้ายมาใช้สิทธิบัตรพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น มาฝากครรภ์ครั้งเดียวติดตามไม่พบอยู่ในพื้นที่ โทรติดตามตามไม่ได้ ฝากครรภ์ที่เอกชน,ไม่ต้องการเปิดเผยการตั้งครรภ์จากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และบางรายคลอดก่อนกำหนดทำให้ไม่ได้รับการดูแลตามกระบวนการคุณภาพการฝากครรภ์
- หญิงคลอดมีโรคประจำตัวเสี่ยงชีวิต เช่น ธาลัสซีเมีย โรคเลือด อายุน้อยกว่า 20 ปี
- ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก กรณีที่Refer เพื่อมารับคำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญจะ "ไม่มีการจ่ายยาที่คลินิก ANC โรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งมีผู้มารับบริการจากการReferจำนวนมากและเป็นเป้าหมายในการนำมาคำนวณ(หญิงตั้งครรภ์มีมาจาก รพ.ที่ฝากประจำแล้ว)
- เสนอแนะให้มีการนำข้อมูลการไป ANC ทุกที่ในประเทศไทยมาประมวลด้วยจึงจะทราบข้อมูลที่แท้จริง เนื่องจากพื้นที่เขตเมืองมีการใช้บริการนอกเครือข่ายของรัฐจำนวนมาก แต่ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลขอนแก่น

## ๓ โอกาสพัฒนา

1. การสร้างแกนนำในการทำงานแม่และเด็กในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าสู่การฝากครรภ์ให้เร็วที่สุดก่อน 12 สัปดาห์
2. การสร้างระบบติดตาม เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในรายที่ตั้งครรภ์เสี่ยง ทุกคน
3. การกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์คือกลุ่มเป้าหมายหลักที่ชุมชนและหน่วยบริการจะร่วมกันดูแล แบบเป็นรายกรณี
4. สร้างกิจกรรมรณรงค์ ให้ความรู้หญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
5. สร้างความรอบรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ให้กับประชาชน

## K102 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $\leq 12$ สัปดาห์

**๓** การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

S : Structure	มีผู้รับผิดชอบงานในส่วนของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ติดตามกำกับและกระตุ้นการทำงานมีสูตินรีแพทย์ในศูนย์แพทย์ทั้ง 4 มุมเมือง ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ครอบคลุมทั้งอำเภอ
I : Information	มีการรวบรวมสถิติข้อมูลรายงานให้ทีมผู้รับผิดชอบรับทราบทุกเดือนมีการทบทวนแนวทางการทำงานทุกปี มีแนวทางการทำงานใหม่ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
I : Intervention and Innovation	Intervention –มีการจัดทำแผนพัฒนาโดยจัดทำโครงการในการพัฒนาทีมและแนวทางการทำงานทุกปี - มีการสร้างความเข้าใจ/เตรียมความพร้อมให้กับทีมในการพัฒนาความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด Innovation -มีการพัฒนาการทำงานแนวทางการทำงาน การส่งต่อ โดยใช้แบบฟอร์มที่ปรับปรุงใหม่ สะดวกครอบคลุมการดูแล
I : Integration	มีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่าง รพสต. ศูนย์แพทย์ และโรงพยาบาลขอนแก่น
M : Monitoring and Evaluation	มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ให้ทีมและผู้บริหารได้รับทราบเป็นระยะ

### **๓** ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- การดำเนินงานที่ยังเป็นปัญหาคือหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า, ไม่มารับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะตั้งครรภ์ ใกล้คลอดย้ายมาใช้สิทธิบัตรพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น มาฝากครรภ์ครั้งเดียวติดตามไม่พบอยู่ในพื้นที่ โทรติดตามตามไม่ได้ ฝากครรภ์ที่เอกชน,ไม่ต้องการเปิดเผยการตั้งครรภ์ จากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และบางรายคลอดก่อนกำหนดทำให้ไม่ได้รับการดูแลตามกระบวนการคุณภาพการฝากครรภ์
- หญิงคลอดมีโรคประจำตัวเสี่ยงชีวิต เช่น ธาลัสซีเมีย โรคเลือด อายุน้อยกว่า 20 ปี
- ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก กรณีที่ Refer เพื่อมารับคำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ จะไม่มีการจ่ายยาที่คลินิก ANC โรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งมีผู้มารับบริการจากการ Refer จำนวนมากและเป็นเป้าหมายในการนำมาคำนวณ (หญิงตั้งครรภ์มีมาจาก รพ.ที่ฝากประจำแล้ว)
- เสนอแนะให้มีการนำข้อมูลการไป ANC ทุกที่ในประเทศไทยมาประมวลด้วยจึงจะทราบข้อมูลที่แท้จริง เนื่องจากพื้นที่เขตเมืองมีการใช้บริการนอกเครือข่ายของรัฐจำนวนมาก แต่ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลขอนแก่น

## ๓ โอกาสพัฒนา

1. การสร้างแกนนำในการทำงานแม่และเด็กในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าสู่การฝากครรภ์ให้เร็วที่สุดก่อน 12 สัปดาห์
2. การสร้างระบบติดตาม เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในรายที่ตั้งครรภ์เสี่ยง ทุกคน
3. การกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์คือกลุ่มเป้าหมายหลักที่ชุมชนและหน่วยบริการจะร่วมกันดูแล แบบเป็นรายกรณี
4. สร้างกิจกรรมรณรงค์ ให้ความรู้หญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
5. สร้างความรอบรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ให้กับประชาชน

## K103 ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

S : Structure	มีผู้รับผิดชอบงานในส่วนของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ติดตามกำกับและกระตุ้นการทำงานมีสูตินรีแพทย์ในศูนย์แพทย์ทั้ง 4 มุมเมือง ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ครอบคลุมทั้งอำเภอ
I : Information	มีการรวบรวมสถิติข้อมูลรายงานให้ทีมผู้รับผิดชอบรับทราบทุกเดือนมีการทบทวนแนวทางการทำงานทุกปี มีแนวทางการทำงานใหม่ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
I : Intervention and Innovation	Intervention –มีการจัดทำแผนพัฒนาโดยจัดทำโครงการในการพัฒนาทีมและแนวทางการทำงานทุกปี - มีการสร้างความเข้าใจ/เตรียมความพร้อมให้กับทีมในการพัฒนาความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด Innovation -มีการพัฒนาการทำงานแนวทางการทำงาน การส่งต่อ โดยใช้แบบฟอร์มที่ปรับปรุงใหม่ สะดวกครอบคลุมการดูแล
I : Integration	มีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่าง รพสต.ศูนย์แพทย์ และโรงพยาบาลขอนแก่น
M : Monitoring and Evaluation	มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ให้ทีมและผู้บริหารได้รับทราบเป็นระยะ

### ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- การเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งคุณภาพไม่ครบเนื่องจากหลังคลอดไม่สามารถติดต่อผู้รับบริการได้ ไม่มีคนอยู่ตามทะเบียนบ้านที่แจ้ง เช่นบ้านเช่า หอพัก
- เสนอแนะให้มีการนำข้อมูลการไป ANC ทุกที่ในประเทศไทยมาประมวลด้วยจึงจะทราบข้อมูลที่แท้จริง เนื่องจากพื้นที่เขตเมืองมีการใช้บริการนอกเครือข่ายของรัฐจำนวนมาก แต่ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลขอนแก่น

### โอกาสพัฒนา

4.สร้างกิจกรรมรณรงค์ ให้ความรู้หญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

5.สร้างความรอบรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ให้กับประชาชน

6.พัฒนารูปแบบการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งคุณภาพ

K106 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

K107 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ตรวจครั้งแรก)

K108 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

๓๓ การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

S : Structure	มีผู้รับผิดชอบงานในส่วนของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ติดตามกำกับและกระตุ้นการทำงานมีบุคลากรที่สามารถตรวจพัฒนาการเด็กได้ครอบคลุมทั้งอำเภอ และมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือตรวจพัฒนาการที่ละเอียดเพิ่มในพื้นที่ที่มีเด็กพัฒนาการช้าต้องกระตุ้นด้วยเครื่องมือ TIDA4I
I : Information	มีการรวบรวมสถิติข้อมูลรายงานให้ทีมผู้รับผิดชอบรับทราบทุกเดือน
I : Intervention and Innovation	Intervention –มีการจัดทำแผนพัฒนาโดยจัดทำโครงการในการพัฒนาทีมและ ทบทวนแนวทางการทำงานทุกปี - มีการสร้างความเข้าใจ/เตรียมความพร้อมให้กับทีมในการพัฒนาความรู้ในการดูแลเด็กปฐมวัย Innovation –มีการพัฒนาการทำงานแนวทางการทำงาน การส่งต่อ
I : Integration	มีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่าง รพสต.ศูนย์แพทย์ รพ.ขอนแก่น 2 ในการตรวจกระตุ้นพัฒนาการในพื้นที่แทนการส่งเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาลเพื่อลดปัญหาการเดินทางลำบาก
M : Monitoring and Evaluation	มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ให้ทีมและผู้บริหารได้รับทราบเป็นระยะ

๓๓ ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- การดำเนินงานที่ยังเป็นปัญหาคือการคัดกรอง และการติดตาม ที่ไม่ครอบคลุม เด็กไม่ได้อยู่ในพื้นที่
- เคสที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลกระตุ้นทั้ง 3 รายที่หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่เครือข่ายของโรงพยาบาลขอนแก่น
- มีการพัฒนางานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอปี 2566 ได้เข้าเป็นปัญหา ใน พขอ.
- เสนอให้มีการทำกิจกรรมมหัศจรรย์ 1000 plus สู่ 25000 วันครอบคลุมทุกพื้นที่
- เสนอให้งาน IT ส่วนกลางควรมีการเชื่อมข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลเข้าด้วยกันกันเพื่อลดการทำงานซ้ำซ้อน

## K109 ร้อยละของเด็กอายุ 0 -5 ปี สูงดีสมส่วน

การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

S : Structure	มีผู้รับผิดชอบงานในส่วนของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ติดตามกำกับและกระตุ้นการทำงาน
I : Information	มีการรวบรวมสถิติข้อมูลรายงานให้ทีมผู้รับผิดชอบรับทราบทุกเดือนมีการทบทวนแนวทางการทำงานทุก
I : Intervention and Innovation	Intervention -มีการจัดทำแผนพัฒนาโดยจัดทำโครงการในการพัฒนาทีมและแนวทางการทำงานทุกปี - มีการสร้างความเข้าใจ/เตรียมความพร้อมให้กับทีมในการพัฒนาความรู้ในการดูแลเด็กปฐมวัย -มีกิจกรรมในศูนย์เด็กเล็กเพิ่มขึ้นเพื่อติดตามการเจริญเติบโตในเด็ก Innovation -มีการพัฒนาการทำงานแนวทางการทำงาน การส่งต่อ
I : Integration	มีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต.ศูนย์แพทย์ และรพ.ขอนแก่น
M : Monitoring and Evaluation	มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ให้ทีมและผู้บริหารได้รับทราบเป็นระยะออกติดตามนิเทศงานหน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- การดำเนินงานที่ยังเป็นปัญหาคือเด็ก 0-5 ปียังการคัดกรองได้น้อยและมีส่วนสูงไม่ถึงเกณฑ์
- เสนอให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ควรมีการทำงานร่วมมือกับสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลในการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเจ้าหน้าที่รับผิดชอบควรมีการบันทึกข้อมูลตามช่วงวัยและตรงตามเวลาที่กำหนด
- ควรมีการคืนข้อมูลและวิเคราะห์สุขภาพเด็กให้กับสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล
- ควรมีการฝึกการใช้กราฟการเจริญเติบโตในสมุดสีชมพูให้กับผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล
- จัดทำเอกสารให้ความรู้ในการส่งเสริมการเจริญเติบโต ส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชัน โดยการสแกน QR CODE ความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อแม่ลูกสุขภาพดีที่มีในสมุดฝากครรภ์สีชมพู ให้กับผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล



## K110 คะแนนความสำเร็จของการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ เด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีส่วนสูง ตีรูปร่างสมส่วน

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (SIM<sup>3</sup>)

S: Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้รับผิดชอบงาน:ผู้รับผิดชอบงานวัยเรียนงานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูและทุกศูนย์แพทย์ หน่วยปฐมภูมิทุกแห่ง โดยมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน และกำกับโดยหัวหน้า</li> </ul>
I: Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>การวิเคราะห์ข้อมูล : มีการแจ้งนโยบายการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและกระบวนการทำงานแก่ผู้รับผิดชอบงาน มีการจัดประชุมเพื่อชี้แจงนโยบาย ติดตามผลการดำเนินงานปัจจุบันและ 3 ปีย้อนหลัง การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม JHCIS ในเรื่องของงานวัยเรียนตามตัวชี้วัดคือ 1.เด็ก 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 2.เด็ก 6-12 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 3.นักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง 4.นักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบภาวะโลหิตจางได้รับการรักษา</li> </ul>
I: Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>การมีส่วนร่วมในการทำงาน</li> <li>มีการจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงาน และติดตามผลการดำเนินงาน</li> <li>ชี้แจงนโยบายการดำเนินงานตามตัวชี้วัด</li> <li>สนับสนุนสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้กับเจ้าหน้าที่ในการทำงาน เช่น Application/Line เป็นต้น</li> </ul>
I: Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>การบูรณาการ</li> <li>มีการทำงานร่วมกันระหว่างงานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูและศูนย์แพทย์ ชุมชน โรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบในการออกให้ความรู้ อบรมแกนนำนักเรียน ในการตรวจสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกาย10ท่า/การประเมินภาวะโภชนาการ/การชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง/การตรวจคัดกรองสายตา/ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก</li> </ul>
M: Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>ประเมินผล/ผลลัพธ์</li> <li>สรุปผลการดำเนินงานและแจ้งผู้รับผิดชอบงานรับทราบ</li> <li>นำเสนอข้อมูลในการประชุมกลุ่มงาน และตามวาระอื่น ๆ ตามความเหมาะสม</li> <li>ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ติดตามข้อมูลใน HDC Khonkaen</li> </ul>

### 📍 ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- ⇒ ขอความร่วมมือและงบประมาณในการสนับสนุนในการจัดประชุมหรือการจัดทำโครงการ
- ⇒ ติดตามการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ให้ดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัด

## K111 คะแนนความสำเร็จของการเฝ้าระวังและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

### การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

S : Structure	มีผู้รับผิดชอบงานในส่วนของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ติดตามกำกับและกระตุ้นการทำงาน
I : Information	มีการรวบรวมสถิติข้อมูลรายงานให้ทีมผู้รับผิดชอบรับทราบทุกเดือนมีการทบทวนแนวทางการบันทึกงานทุกปี
I : Intervention and Innovation	Intervention -มีการจัดทำแผนพัฒนาโดยจัดทำโครงการในการพัฒนาทีมและแนวทางการทำงานทุกปี Innovation -
I : Integration	บูรณาการสร้างความเข้าใจ/เตรียมความพร้อมร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น
M : Monitoring and Evaluation	มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ให้ทีมและผู้บริหารได้รับทราบเป็นระยะ

### ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- จากสถานการณ์โควิด19 ทำให้การดำเนินงานมีปัญหา ในการเข้าทำกิจกรรมในพื้นที่ โรงเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก
- การบันทึกเรื่องการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ กำลังดำเนินการแก้ไขหลังมีการประชุมทีมทำงานร่วมกันของโรงพยาบาล
- การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า20ปี มีแนวโน้มดีขึ้น
- ควรมีการรณรงค์การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสถานศึกษาในชุมชน ครอบคลุมทั้งอำเภอ
- ควรมีการรณรงค์การฝังยาคุมกำเนิดในกลุ่มเสี่ยงอายุน้อยกว่า20ปี
- ควรมีการบันทึกเรื่องการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ หลังคลอดทุกราย

## K112 คะแนนความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (SIM<sup>3</sup>)

S : Structure	มีผู้รับผิดชอบงานในส่วนของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ติดตามกำกับและกระตุ้นการทำงาน
I : Information	มีการรวบรวมสถิติข้อมูลรายงานให้ทีมผู้รับผิดชอบรับทราบทุกเดือนมีการทบทวนแนวทางการบันทึกงานทุกปี = 83.51 %
I : Intervention and Innovation	Intervention -มีการจัดทำแผนพัฒนาโดยจัดทำโครงการในการพัฒนาทีมและแนวทางการทำงานทุกปี - มีการดำเนินงานเชิงรุกและติดตามให้ความรู้ อสม.ทุกชุมชน พร้อมลงมือปฏิบัติร่วมกับ อสม.ในในชุมชนประจำหน่วยบริการทั้ง 9 แห่ง - สนับสนุนสื่อทั้งโปสเตอร์ แผ่นพับ แผ่นตรวจวัดสายตา และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้กับเจ้าหน้าที่ในการทำงาน เช่น Application/Line เป็นต้น ให้สามารถใช้ได้ตลอดเวลาและเชื่อมต่อกับระบบการบันทึก ผ่าน HDC Innovation -
I : Integration	บูรณาการสร้างความเข้าใจ/เตรียมความพร้อมร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น
M : Monitoring and Evaluation	มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ให้ทีมและผู้บริหารได้รับทราบเป็นระยะ ออกติดตามนิเทศงานหน่วยบริการ ร่วมกับนิเทศงานในหน่วยบริการ หรือจุดตามที่นัดไว้

### 📍 ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกับ อสม.ที่ดำเนินการบันทึกไม่ได้รายบุคคล ครอบคลุมทุกชุมชน
- ควรมีการนำเสนอผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พร้อมส่งคืนข้อมูลให้ทุกหน่วยบริการได้รับทราบ

## K114 ร้อยละสตรีอายุ 30-≤60 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

S : Structure	<p>-หน่วยปฐมภูมิของงบประมาณสนับสนุนจัดทำโครงการพัฒนางานเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกCUP โรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>-มีการโอนถ่ายบุคลากรส่วนรพ.สตไปขึ้นกับอบจ.ทำให้การกำกับติดตามการดำเนินงานไม่ชัดเจน</p> <p>-ประสาน สปสช.เขต7เพื่อจัดกิจกรรมให้ตอบสนองนโยบายให้ใช้วิธีตรวจHPV DNA Self collection Test ในเครือข่ายร้านขายยาเพิ่มขึ้น โดยมีแนวทางดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย</p> <p>-หน่วยปฐมภูมิทุกแห่งสามารถให้บริการตรวจHPV DNA Test ได้ทุกแห่ง มีพยาบาลรับผิดชอบงาน และกำกับโดยหัวหน้าหน่วยบริการ</p> <p>-มีผู้รับผิดชอบงานที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นผู้ประสานงานทุกภาคส่วน</p> <p>-มีการจัดทำแผนสนับสนุนอุปกรณ์และจัดสรรตามความเหมาะสม</p> <p>-มีเจ้าหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านความถูกต้องของข้อมูล</p>
I : Information	<p>-ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เพื่อประชุมชี้แจงนโยบายและกระบวนการทำงาน และให้ อสม.สำรวจกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มที่มาตรวจมีความตระหนัก และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบใหม่ ที่การค้นพบความผิดปกติตั้งแต่แรกเริ่มสามารถรักษาหายได้ มีป้ายไวเนล ประชาสัมพันธ์</p> <p>-เข้าร่วมประชุมกับหน่วยงานต่างๆ</p> <p>-มีการประชาสัมพันธ์การตรวจ HPV DNA Self collection Test</p>
I : Intervention and Innovation	<p>- ส่งเสริมการตรวจด้วยวิธีHPV DNA Self collection Test</p> <p>-มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการชักชวน ให้สตรีมารับการตรวจด้วยวิธีใหม่</p> <p>-จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● พัฒนารูปแบบการชักชวนให้มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบใหม่ เช่นชักชวนในเฟสบุค</li> <li>● จัดทำแนวทางการดำเนินงานให้ถือปฏิบัติตาม</li> </ul>
I : Integration	<p>-มีการพัฒนางานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสู่งานวิจัย กำลังดำเนินการจำนวน 3 เรื่อง</p> <p>-ออกหน่วยคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ในชุมชน</p> <p>-มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น ร้านขายยา โรงงานต่างๆ</p> <p>-การติดตามความครอบคลุมโดยประสานงานกับกลุ่มสารสนเทศของรพ.ขอนแก่น เพื่อขอข้อมูลการเจ็บป่วย</p>

M : Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ติดตามงานและรวบรวมปัญหาอุปสรรคแล้วนำไปแก้ไข</li> <li>-สรุปผลการดำเนินงานและแจ้งผู้เกี่ยวข้องรายไตรมาส</li> <li>-ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เช่น จำนวนจำนวนที่ส่งผลผิดปกติ</li> <li>-นำเสนอข้อมูลในเวที CUP Board เวทีต่างๆเช่น Service plan สาขามะเร็ง</li> </ul>
-------------------------------	--

**📍 ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ**

- ⇒ เนื่องจากโปรแกรมการบันทึกข้อมูล มีหลากหลายแต่ยังไม่พร้อมใช้เช่นโปรแกรม KTB และโปรแกรม HPV DNA screening ทำให้
- ⇒ ส่วนกลางให้คืนข้อมูลให้พื้นที่ด้วย เพื่อกำกับติดตามงาน

## K115 ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่)ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

S: Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ผู้รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test</li> <li>▪ งานส่งเสริม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และผู้ประสานงานโรงพยาบาลขอนแก่น</li> <li>▪ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่นและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง</li> <li>▪ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน กำกับดูแลโดยหัวหน้า</li> </ul>
I: Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีการลงบันทึกข้อมูลการให้บริการลงในโปรแกรมภายหลังให้บริการและกำกับติดตามการบันทึกข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล</li> <li>▪ มีการประชุมชี้แจงนโยบายตัวชี้วัดและกระบวนการทำงานแก่ผู้รับผิดชอบงาน</li> </ul>
I: Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ สนับสนุนชุดตรวจที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test</li> <li>▪ มีการจัดบริการหลากหลายรูปแบบ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี ในสถานการณ์ Covid-19 ต้องเน้นการจัดบริการแบบ new normal เน้นให้ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน/แกนนำ/อสม.และเครือข่ายในพื้นที่ ให้มีความรอบรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้ พร้อมเชิญชวนให้ผู้ที่มีความสนใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง</li> </ul>
I: Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีส่วนร่วมในการทำงานมีการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายเน้นประสานเชื่อมโยงในการทำงานเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในการทำงานและส่งต่อ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและตรวจสอบ/วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยวิธี FIT test ขั้นตอนการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้อง/การคีย์ข้อมูลผล Lab ขั้นตอนการมารับบริการแบบ one stop service</li> </ul>
M: Monitoring and Evaluation	<p>ประเมินผล/ผลลัพธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กระตุ้นการทำงานและติดตามผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test</li> <li>▪ สรุปลผลการดำเนินงานและแจ้งผู้รับผิดชอบงานรับทราบ</li> <li>▪ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ติดตามข้อมูลใน HDC Khonkaen</li> </ul>

### 📍 ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- ⇒ ขอความร่วมมือสนับสนุนงบประมาณในการจัดสรรชุดตรวจคัดกรอง/จัดประชุม/การจัดทำโครงการ
- ⇒ ติดตามการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ให้ดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัด

## K116 ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (SIM<sup>3</sup>)

S: Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีแหล่งงบประมาณสนับสนุน แต่ยังไม่ครบทุกแห่ง</li> <li>▪ มีการดำเนินงานตามมาตรการอย่างต่อเนื่อง คือแต่งตั้งคณะทำงานดูแล้วย</li> <li>▪ ทำงาน ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง กำกับติดตามการดำเนินงานในการเฝ้าติดตามเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกับการนิเทศงานของ CUP</li> <li>▪ มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการและอสม.อย่างต่อเนื่อง CUP มีการถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และนโยบายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแก่ผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการทุกแห่งรวมทั้งอสม.เพื่อทราบและเป็นแนวทางในการปฏิบัติ</li> <li>▪ มีการเชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินงานในหน่วยที่เกี่ยวข้อง</li> <li>▪ มีหน่วยบริการปฐมภูมิต้นแบบ เช่นศูนย์แพทย์วัดหนองแวง รพ.สต หนองตุม รพ.สต พระลับ</li> </ul>
I: Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ประชุมชี้แจงนโยบายและกระบวนการทำงานแก่ผู้รับผิดชอบงาน มีการจัดบริการ</li> <li>▪ ขอรับการสนับสนุนสื่อจากศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 7</li> <li>▪ มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยราชการและเอกชน</li> <li>▪ มีระบบข้อมูลวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน</li> </ul>
I: Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีการพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่โดยการจัดประชุม เพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติ</li> <li>▪ การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ชุมชนหวานน้อย ชุมชนรักสุขภาพ</li> <li>▪ จัดกิจกรรมคัดกรองวัยทำงานตามชุดสิทธิประโยชน์ของสปสช.เขต7</li> <li>▪ ดำเนินการพัฒนาศักยภาพชุมชนต้นแบบ</li> </ul>
I: Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย</li> <li>▪ การติดตามความครอบคลุมโดยประสานงานกับกลุ่มสารสนเทศของรพ.ขอนแก่น เพื่อขอข้อมูลการดำเนินงาน</li> </ul>
M: Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ สรุปลผลการดำเนินงานและแจ้งผู้เกี่ยวข้อง</li> <li>▪ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</li> <li>▪ นำเสนอผลงานในเวทีต่างๆ</li> </ul>

## K117 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

 การวิเคราะห์สถานการณ์ของCUP (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

S : Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการดำเนินงานตามมาตรการอย่างต่อเนื่อง คือแต่งตั้งคณะทำงานดูแล้วยทำงาน ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง</li> <li>-มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการและอสม. อย่างต่อเนื่อง CUP มีการถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และนโยบายการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแก่ผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการทุกแห่งรวมทั้ง อสม. เพื่อทราบและเป็นแนวทางในการปฏิบัติ</li> <li>-มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยราชการและเอกชน</li> <li>-มีการเชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินงานในหน่วยที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>
I : Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ประชุมชี้แจงนโยบายและกระบวนการทำงาน</li> <li>-Update แนวทางการคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง</li> </ul>
I : Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่โดยการจัดประชุม เพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติ</li> <li>-จัดระบบเฝ้าระวังโดยใช้ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี มีการคัดกรองความดันโลหิตสูงด้วยการวัดความดันโลหิตแก่ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากพบว่ามีความเสี่ยงคือมีค่าระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงนำเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มและติดตามตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อเนื่อง 7 วัน</li> <li>-การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ชุมชนหวานน้อย ชุมชนรักสุขภาพ</li> <li>-จัดกิจกรรมคัดกรองวัยทำงานตามชุดสิทธิประโยชน์ของสปสช.เขต7</li> <li>-ดำเนินการพัฒนาศักยภาพชุมชนต้นแบบ</li> <li>- การขับเคลื่อนชุมชนลดโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตุมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี</li> </ul>
I : Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย</li> <li>-การติดตามความครอบคลุมโดยประสานงานกับกลุ่มสารสนเทศของรพ.ขอนแก่น เพื่อขอข้อมูลการดำเนินงาน</li> </ul>
M : Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>-กำกับติดตามการดำเนินงานในการเยี่ยมติดตามเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่ ร่วมกับการนิเทศงานของ CUP</li> <li>-สรุปผลการดำเนินงานและแจ้งผู้เกี่ยวข้อง</li> <li>-กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</li> </ul>



## K118 ระดับคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอ

**๓** การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

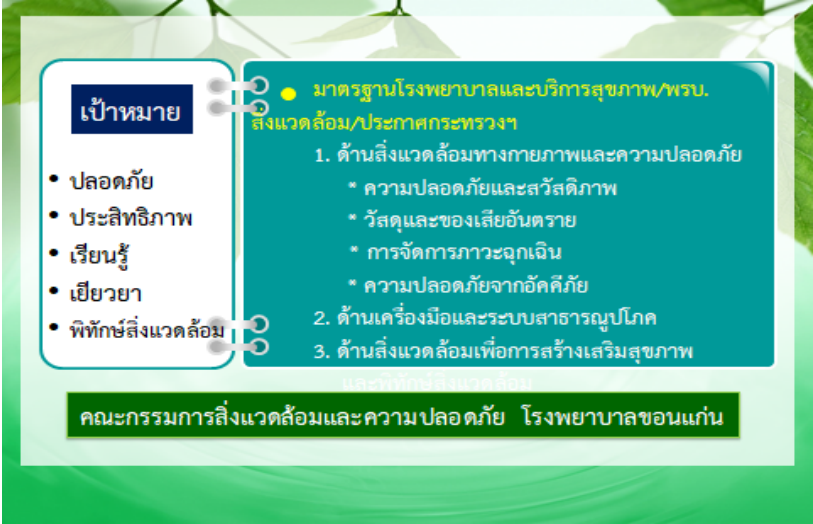
S : Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง CUPโรงพยาบาลขอนแก่น</li> <li>- มีแผนพัฒนาบุคลากรที่รับผิดชอบงานโรคไตเรื้อรัง เช่น การจัดอบรมMini case Manager การอบรมพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง Case Manager, Care giver เป็นต้น</li> <li>- มีแผนการ/โครงการเพื่อการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง</li> </ul>
I : Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการนำข้อมูล 43 แฟ้มของหน่วยงานบริการปฐมภูมิมามีวิเคราะห์เพื่อคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและการจัดการโรคอาจมีการล่าช้าเพราะข้อมูลไม่อัปเดต</li> <li>-เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานใหม่อาจยังไม่เข้าใจในTemplate ของการติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</li> <li>-มีการเคลื่อนย้ายของประชากรไม่นิ่งและค่อนข้างสูงทำให้ข้อมูลที่ได้อาจตกหล่นและยากต่อการติดตาม</li> </ul>
I : Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามเวชปฏิบัติโรคไตครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง</li> <li>- การจัดการความรู้ สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยเครื่องมือการจัดการทางความรู้ เช่น จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชุมชนต้นแบบ เป็นต้น และเป็นต้นแบบของการเรียนรู้ระดับ CUP</li> </ul>
I : Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบูรณาการแผนการดำเนินงานของโรคNDCs เข้ากับแผนพัฒนาการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคและService plan สาขาตา ไต เท้า</li> <li>- มีการบูรณาการข้อมูลสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ</li> </ul>
M : Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผลและรายงานผลงานอาจต้องเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพของผู้รับผิดชอบให้มากขึ้นและสม่ำเสมอ เพื่อลดการล่าช้าและสร้างความเชื่อมั่นทั้งในด้านความรู้และการบริหารจัดการ</li> </ul>

**๓** ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่องและจัดฟื้นฟูความรู้ด้านวิชาการที่อัปเดตทุกปีอย่างสม่ำเสมอและควรไปเรียนรู้จากพื้นที่เขตอื่นที่ประสบความสำเร็จในการดูแลจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังและสามารถชะลอไตได้เพื่อประสิทธิภาพที่มากขึ้น
2. รพ.สต.ทุกแห่งที่ย้ายสังกัดไปอยู่ อบจ./อบต. อยากรให้ต้นสังกัดดูแลติดตาม KPIเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโดยขอความร่วมมือให้บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนในระบบ

## K119 ระดับความสำเร็จของการยกระดับการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge

การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

<p>S : Structure</p>	<p>โรงพยาบาลขอนแก่น โดยคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย</p>  <p><b>เป้าหมาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ปลอดภัย</li> <li>• ประสิทธิภาพ</li> <li>• เรียนรู้</li> <li>• เสียสละ</li> <li>• พิทักษ์สิ่งแวดล้อม</li> </ul> <p><b>มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ/พรบ. สิ่งแวดล้อม/ประกาศกระทรวงฯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย             <ul style="list-style-type: none"> <li>* ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ</li> <li>* วัสดุและของเสียอันตราย</li> <li>* การจัดการภาวะฉุกเฉิน</li> <li>* ความปลอดภัยจากอัคคีภัย</li> </ul> </li> <li>2. ด้านเครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค</li> <li>3. ด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ</li> </ol> <p>คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โรงพยาบาลขอนแก่น</p>
<p>I : Information</p>	<p>การประกาศนโยบายโรงพยาบาลสะอาดด้วย 5 ส. และ Green &amp; Clean hospital มีการอบรมผู้รับผิดชอบจัดการขยะและผู้รับผิดชอบด้านสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานต่าง ๆ และหอผู้ป่วยต่าง ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สานต่อการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย</li> <li>• ต่อยอดการสร้างสรรค้งานและนวัตกรรม</li> <li>• มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง AHA</li> <li>• การพัฒนาบริการด้านหน้าด้วย EMS :ENV Modernization Smart Service และพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&amp;CLEAN Hospital and COVID Free Setting</li> </ul>
<p>I : Intervention and Innovation</p>	<p>ทีม ENV / RM / IC / 5ส. / EMS / EOC ใช้กลไกการตามรอยและการประเมินความเสี่ยงเชิงรุก (โอกาสพัฒนา) RSQ Round</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* วิเคราะห์สาเหตุ</li> <li>* จัดลำดับความสำคัญ</li> <li>* จัดทำแผนจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์นำลงสู่การปฏิบัติ</li> </ul> <p>จนเกิดนวัตกรรมและผลงานเด่น ได้แก่ โรงพยาบาลอนุรักษ์พลังงาน การพัฒนาระบบการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล และการจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม นโยบายรพ.ปลอดภาชนะโฟมและถุงพลาสติกบรรจุอาหาร งดใช้ถุงพลาสติก ใช้ถุงผ้า ถูกระดาษ ใส่ยาให้ผู้ป่วย</p>
<p>I : Integration</p>	<p>การบูรณาการในแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี โรงพยาบาล และการเชื่อมต่อการทำงานในระดับ CUP การขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายผ่านคณะกรรมการ พขอ.และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ</p>

M : Monitoring and Evaluation

กำกับติดตามตัวชี้วัดคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2562-2567 ดังนี้

ผลลัพธ์ในการดำเนินงาน 2562-2566							
1	ปริมาณขยะติดเชื้อเฉลี่ย (กก./วัน)	ลดลง	701	699	791	867	1,321
2	สิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
3	การตรวจคุณภาพน้ำ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน(20 พารามิเตอร์)	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
4	คุณภาพการบำบัดน้ำเสียและน้ำทิ้งที่ผ่านเกณฑ์ (8 พารามิเตอร์)	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
5	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนา (GREEN&CLEAN Hospital)	ระดับดีมาก	ดีมาก	ดีมาก PLUS	ดีมาก PLUS	ดีมาก PLUS	Challenge
6	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
7	การซ้อมแผนอัคคีภัย	1 ครั้ง/ปี	1	1	1	1	1

**ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ**

- ควรมีแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนร่วมกันในระดับอำเภอ และมีการสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนอย่างเพียงพอ
  - ควรมีแผนการฝึกอบรมแนวทางการประเมินรับรอง Green & Clean Hospital ตามเกณฑ์ใหม่
- ควรมีคณะกรรมการและแผนการนิเทศติดตาม ช่วยเหลือสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

## K201 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SI3M)

S : Structure	<p>สิ่งที่ทำได้ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง CUP โรงพยาบาลขอนแก่น</li> <li>- มีแผนงานพัฒนาบุคลากรที่รับผิดชอบงานโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เช่น การจัดอบรม Mini case manager</li> <li>- มีแผนงาน/โครงการ เพื่อการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</li> </ul> <p>สิ่งที่ควรปรับปรุง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประชุมคณะกรรมการ/ คณะทำงาน แต่ไม่สม่ำเสมอ</li> <li>- มีการถ่ายโอน รพ.สต.ทุกแห่ง ให้กับ อบต. ส่งผลให้มีการเปลี่ยน/โยกย้าย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ</li> </ul>
I : Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการนำข้อมูล 43 แฟ้มของหน่วยบริการปฐมภูมิมารวบรวมวิเคราะห์ เพื่อการคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและการจัดการรายโรคที่ล่าช้า</li> <li>- เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานใหม่ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจใน Template ของการติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> <li>- ข้อมูลผู้ป่วยไม่นิ่ง มีการเคลื่อนย้ายของประชากรสูง ทำให้ยากต่อการติดตาม</li> </ul>
I : Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ตามเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง</li> <li>- มีการจัดการความรู้สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยเครื่องมือการจัดการทางความรู้ เช่น จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องเล่าเร้าพลัง เป็นต้น และเป็นต้นแบบการเรียนรู้ระดับ CUP ในหน่วยบริการที่ไม่มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน</li> </ul>
I : Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบูรณาการแผนการดำเนินงานโรค NDCs เข้ากับแผนพัฒนาการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรค และ Service Plan สาขา ตา ไต เท้า</li> <li>- เริ่มมีการบูรณาการข้อมูลสารสนเทศระหว่าง รพ.กับหน่วยบริการปฐมภูมิ</li> </ul>
M : Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผล และรายงานผลงาน ยังล่าช้า ไม่สม่ำเสมอ</li> </ul>

ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่อง และจัดฟื้นฟูความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอทุกปี
- มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอ และสะท้อนกลับที่รวดเร็ว ทันเวลา

## K203 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SI3M)

S: Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการจัดตั้งชุมชนรักษไตและมีพยาบาลวิชาชีพที่เป็น case manager NCD&amp;CKD ประจำรพ.ต./PCU เป็นแกนนำ โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้าน NCD&amp;CKD ของงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นผู้ประสานงานหลักเชื่อมทั้ง CUP และเชื่อมการทำงานระดับ CUP โดยมีอสม.แต่ละตำบลและแต่ละหมู่บ้านช่วยขับเคลื่อนงาน NCD&amp;CKD</li> </ul>
I: Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการลงบันทึกข้อมูลการให้บริการลงในโปรแกรมในแต่ละวันที่ภายหลังให้บริการผู้ป่วย</li> </ul>
I: Intervention and Innovation	<ol style="list-style-type: none"> <li>จัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานร่วมกับ CUP ของรพ.ขอนแก่น</li> <li>มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานของแต่ละ PCU และรพ.สต.แต่ละแห่ง เชื่อมถึงชุมชน             <ul style="list-style-type: none"> <li>3.มีการนำนโยบายรักษไตร้อยละได้ไม่เค็มไปสู่การปฏิบัติครอบคลุมทุกหน่วยบริการ โดยเชื่อมกับงาน NCD</li> </ul> </li> </ol>
I: Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>บูรณาการทำงานร่วมกันระหว่าง NCD&amp;CKD</li> </ul>
M: Monitoring and Evaluation	<ol style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการและสถิติการเป็น CKD แต่ละ stage ในแต่ละปีงบประมาณ ให้ผู้นำชุมชนและคนในชุมชนรับทราบเพื่อนำไปวางแผนการลดโรคไตและชะลอไตเสื่อม             <ul style="list-style-type: none"> <li>2.ประชุมรายงานตัวชี้วัดร่วมกับกรรมการ CUP Board .ในแต่ละไตรมาส และวางแผนปรับเปลี่ยนการพัฒนา</li> </ul> </li> </ol>

### ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

ควรมีการนำนโยบายรักษไตร้อยละได้ไม่เค็มไปสู่การปฏิบัติครอบคลุมทุกหน่วยบริการและทุกชุมชน โดยการขับเคลื่อนของผู้นำชุมชนแต่ละตำบล แต่ละหมู่บ้าน ให้เป็นนโยบายสาธารณะ ชัดเจนมากขึ้น และเชื่อมกับงาน NCD รวมถึงการประชุมกันทุกไตรมาสและปรับแผนปฏิบัติงานเมื่อ KPI ไม่ได้ตามเป้าหรือพบมีผู้ป่วย CKD เพิ่มขึ้น

## K204 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี 2566	ปัญหาและอุปสรรคที่พบ
1. การส่งมอบบริการ (Service delivery)	บำบัดผู้ป่วยด้วยแนวคิด ผู้เสพคือผู้ป่วย ไม่มีการลงโทษทางกฎหมาย เตรียมพร้อมเจ้าหน้าที่ในการทำหน้าที่เป็นศูนย์คัดกรอง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม	เป็นช่วงเปลี่ยนระบบกฎหมายยาเสพติดใหม่ ทำให้เจ้าหน้าที่ในหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปรับตัวกับงานที่เปลี่ยนแปลง ในการปฏิบัติจริงอาจส่งผลให้ผู้มารับบริการและญาติต้องปรับตัวกับระบบใหม่ด้วย
2. บุคลากร (Health Workforce)	เรียนรู้กฎหมายใหม่ และแนวทางปฏิบัติ	บางหน่วยงานไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานที่ไม่คุ้นเคย ต้องจัดอบรมในการนำแนวทางการปฏิบัติไปใช้จริง
3. ข้อมูลข่าวสาร (Information)	ในช่วงที่กฎหมายใหม่กำลังประกาศใช้ ต้องมีการเรียนรู้ใหม่ รวมถึงการลงข้อมูลในระบบ ต้องแก้ไขความรู้เรื่องเกี่ยวกับกัญชาให้กับผู้ป่วยที่เอาไปใช้ในทางที่ผิด	ช่วงที่กฎหมายยาเสพติดใหม่เปลี่ยนแปลง รวมถึงการประกาศเปลี่ยนแปลงกัญชาออกจากยาเสพติด ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเพิ่มพูน และติดตามข่าวสารต่อเนื่อง
4. ผลลัพธ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยี (Medical product Technology)	ปรับเปลี่ยนการลงข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล บสต.	หน่วยงานที่เป็นศูนย์คัดกรองใหม่ จะต้องเรียนรู้การบันทึกข้อมูล บสต.
5. การเงิน (Financing)	มีงบเข้ามาแต่ไม่ได้ใช้ทำในรูปแบบส่งเสริม ป้องกันการใช้สารเสพติดโดยตรง	ช่วงการแพร่ระบาดโควิด19 ไม่ได้ใช้งบในการออกไปส่งเสริมป้องกัน เนื่องจากลดการรวมตัว การแพร่กระจายเชื้อ
6. การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	กฎหมายยาเสพติดใหม่ มีระบบที่ต้องทำงานร่วมกันหลายหน่วยงาน ซึ่งถ้าทำได้จริง จะมีผลดีมากต่อการลด ละ เลิกการใช้สารเสพติด	การสื่อสารของแต่ละหน่วยงานนั้นมีรอยต่อที่ต้องใช้เวลา และความเข้าใจ
7. ชุมชนภาคีและการมีส่วนร่วม (Participation)	นำนโยบายกฎหมายยาเสพติดมาใช้ร่วมกับ รพ.สต. ตำรวจ อบต. ฝ่ายปกครอง โรงพยาบาลทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง มีการประชุมเพื่อหาแนวทางร่วมกันของจังหวัดขอนแก่น	แต่ละหน่วยงานมีข้อจำกัดที่ต้องปรับเปลี่ยนให้ไปในแนวทางเดียวกัน และสอดคล้องกับกฎหมายยาเสพติดใหม่

## K206 คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

### การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

S : Structure	-โรงพยาบาลขอนแก่น มีการจัดบริการคลินิกวันโรคทุกวันศุกร์ที่ 1,2,3,4 ของเดือน และศุกร์ที่1 คลินิกวันโรคดี้อย่า มีผู้รับผิดชอบงานคลินิกอย่างชัดเจน ศูนย์แพทย์สังกัดโรงพยาบาลขอนแก่น หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานและกำกับติดตามโดยหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าหน่วยบริการ -มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคโรงพยาบาลขอนแก่น
I : Information	มีการแจ้งนโยบายและกระบวนการทำงานแก่ผู้รับผิดชอบงาน มีการประชุมคณะกรรมการ/ คณะทำงาน ทุก 3 เดือน เพื่อให้มีการนำเสนอข้อมูล/คืนข้อมูลรวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการทำงาน มีการจัดบริการหลากหลายรูปแบบ มีการจัดรณรงค์ในระดับจังหวัด และมีการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่
I : Intervention and Innovation	มีการการบันทึกข้อมูลต่างๆในระบบออนไลน์ (NTIP) การแจ้งข้อมูลให้พื้นที่รับทราบโดยใช้ Application line (Line กลุ่ม) การเยี่ยมบ้านโดยใช้เทคโนโลยี (Tele-health) การติดตามเยี่ยม การพยาบาลทางไกล Telenursing ผ่านระบบ Line official OA
I : Integration	มีการบูรณาการ โดยจัดทำโครงการฯ ซึ่งมีกิจกรรมที่สามารถดำเนินงานร่วมกับงานอื่นๆ เช่นการออกเยี่ยมบ้านเชิงรุก การรณรงค์ตรวจคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน การออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อเอกร์ยอดในชุมชน และผู้ต้องขังในเรือนจำ
M : Monitoring and Evaluation	มีเกณฑ์การประเมินตามตัวชี้วัด โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายแบ่งเป็นรายไตรมาส จากการดำเนินงาน มีเกณฑ์การประเมินหลายระดับ ทำให้การวางแผนและการขับเคลื่อนยาก

### ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น และความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องสม่ำเสมอทุกปี
- มีการพัฒนาระบบข้อมูลที่ทันสมัย และระบบการรายงานให้มีประสิทธิภาพ
- เพิ่มมาตรการการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเข้าสู่ระบบการรักษาเร็วขึ้น เป็นการลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรค
- มีการพัฒนาการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจ Culture ให้เร็วขึ้น

## K207 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการ ภาวะฉุกเฉิน ด้าน การแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)

 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM<sup>3</sup>)

S : Structure	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับอำเภอเมืองขอนแก่น</li> <li>2) ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพ</li> </ol>
I : Information	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) รายงานสถานการณ์โรคติดต่อรายสัปดาห์ จากศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอเมืองขอนแก่น</li> <li>2) รายงานสถานการณ์โรคติดต่อจังหวัดขอนแก่น</li> <li>3) รายงานผู้ป่วยให้กับพื้นที่ทันเวลา โดยแจ้งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (กลุ่มไลน์ SRRT เมืองขอนแก่น)</li> </ol>
I : Intervention and Innovation	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน และซักซ้อมแผนเพื่อให้เกิดความพร้อมในการตอบโต้หากเกิดเหตุฉุกเฉินทางสาธารณสุข และสาธารณสุข</li> <li>2. เฝ้าระวังป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชุมชน</li> <li>3. เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องให้ทันเวลาและครบถ้วน</li> <li>4. รณรงค์สร้างความรู้ให้กับประชาชนด้านมาตรการการป้องกันโรคตามฤดูกาลเป็นประจำ</li> <li>5. ให้บริการสุขภาพจิต เยียวยาจิตใจแนะนำการป้องกันโรค ให้กับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยสุขภาพในพื้นที่</li> <li>6. จัดเตรียมทรัพยากร ทั้ง วัสดุอุปกรณ์ควบคุมโรค เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ยา วัคซีนให้ครบตามแผน</li> <li>7. จัดให้บริการสร้างภูมิคุ้มกันโดยการฉีดวัคซีนตามฤดูกาล ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่, วัคซีนโควิด-19, วัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าล่วงหน้า (Pre exposure Rabies), วัคซีน HPV (Human Papilloma Vaccine )</li> </ol>
I : Integration	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรค ทั้งภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน ประกอบด้วย 6 ศูนย์แพทย์ในเครือข่ายโรงพยาบาล, 3 ศูนย์เทศบาล, รพ.สต. และโรงพยาบาลเอกชน</li> <li>2. ระดมทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค พัฒนาศักยภาพความรู้ในกลุ่มประชาชน โดยงบประมาณจากกองทุนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ และเอกชน</li> </ol>
M : Monitoring and Evaluation	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดประชุมติดตามการดำเนินงาน อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการทำงานป้องกันและควบคุมโรค พร้อมตรวจสอบ ปรับแผนตามโครงสร้างการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC)</li> <li>2. ออกเยี่ยมติดตาม ให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานร่วมกับนายอำเภอเมืองขอนแก่น และภาคีเครือข่ายชุมชน</li> </ol>



	<p>3. แลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานที่สำเร็จ เพื่อปรับปรุงระบบในส่วนที่ยังเป็นช่องว่างของการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ</p> <p>4. สรุปและจัดทำผลงานวิชาการร่วมประกวดในเวทีวิชาการ เพื่อเป็นรางวัลขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน</p>
--	---

**๓๓ ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ**

1. จัดทำคู่มือตามมาตรฐาน และเผยแพร่ให้กับผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายได้รับทราบเป็นปัจจุบัน
2. ควรมีการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกโรคสำคัญที่อาจ เกิดขึ้นในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น โดยเฉพาะโรคที่กรมควบคุมโรคพยากรณ์โรคที่คาดว่าจะมีการระบาดปี 2567 ได้แก่ โรคโควิด 19, โรคไข้หวัดใหญ่, โรคไข้เลือดออก
3. ควรจัดหาทรัพยากรป้องกันและควบคุมโรคให้พร้อมทุกหน่วยงาน ทุกพื้นที่เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพหากเกิดโรคและภัยในพื้นที่

## K208 คะแนนความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล และการจัดการเชื้อดื้อยาระดับอำเภอ

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (SIM<sup>3</sup>)

S: Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการทำงานแบบบูรณาการของสหวิชาชีพ ได้แก่</li> <li>▪ แพทย์/ผู้สั่งใช้ยา/เภสัชกรพยาบาล/ICN/ICNS/ เทคนิคการแพทย์ และ กำหนดเภสัชกรทั้งในโรงพยาบาล และ ปฐมภูมิ เวชกรรมสังคม เป็น Focal point ในการประสานงาน และติดตามข้อมูล</li> </ul>
I: Information	<p>ระดับหน่วยงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Output RDU hospital 12 KPI จาก HDC dash board</li> <li>▪ ข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based surveillance ) จากการนิเทศหน้างาน</li> <li>▪ การพัฒนารพ.สต./PCU/PCC ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU-PCU) จากการนิเทศหน้างาน</li> <li>▪ การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU-Community) จากการนิเทศหน้างาน</li> </ul>
I: Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีการพัฒนาระบบโปรแกรมในการส่งเสริมใช้ยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง Computerized decision support system เช่น CPOE Lab-Alert Drug-Alert</li> </ul>
I: Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ บูรณาการการจัดกิจกรรม RDU ในการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทั้งแพทย์ พยาบาล และ สาขาเช่นและ อายุรกรรม กระจกและข้อ สูตินารีเวชกรรม ทันตกรรม</li> </ul>
M: Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ตรวจสอบ ควบคุม กำกับการดำเนินงาน และการรวบรวมผลงานมาวิเคราะห์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน)</li> <li>▪ ระบบการดึงข้อมูล KPI จาก HDC การติดตาม KPI ผ่านการประชุม คณะกรรมการ Cupboard , PTC โรงพยาบาล และ การนิเทศระบบการจัดการด้านยาใน ศูนย์แพทย์ รพ.สต.</li> </ul>

1. รพ.ผ่าน KPI RDU ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ...รายการ (รอกPI-RDU hospital ปี 2567)\*\*

หมายเหตุ\*\*หากไม่ผ่านข้อนี้ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital

ผลการดำเนินงาน ผ่าน 10 ตัวไม่ผ่าน 2 ตัวชี้วัด

- ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ระดับโรงพยาบาล (APL) 11.17%-

- ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid 73.08%

การประเมินการใช้ยา (Drug use evaluation) มีระบบการกำกับป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ (AMR) และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ร่วมกับ คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการสาขาต่าง ๆ ทบทวนแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลให้เกิดความเหมาะสม โดยพิจารณาข้อมูลสถานการณ์การดื้อยาในโรงพยาบาล Antibioqram เพื่อปรับปรุงเกณฑ์การสั่งใช้ยาให้เหมาะสม รวมถึงกำหนด ระบบทบทวนและ ยืนยันการสั่งใช้โดยผู้ชำนาญกว่า และ ระบบ Automatic stop ที่ 4 วัน และทบทวนทุก 7,14,28 วัน มีการสั่งใช้ยาสอดคล้องตามเกณฑ์ร้อยละ 98.12 และ

รายการยา	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราความเหมาะสมในการสั่งจ่ายยา	95.7	94.12	95	98.12	98.3
อัตราการติดเชื้อมี	47.54	45.01	46.58	47.57	43.14 (6 เดือน)

การพัฒนากระบวนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล RDU Hospital และ RDU Community การพัฒนาเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ทั้งในส่วนของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น โรคอุจจาระร่วง แผลสด (FTW) และการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติ เมื่อวิเคราะห์เชิงลึก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มงานโสตศอนาสิก และกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน กลยุทธ์ที่ควรดำเนินการคือ การทบทวนการบันทึกโรค การทบทวนเกณฑ์การสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะและสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ผู้สั่งใช้ โดยเฉพาะแพทย์ Intern และแพทย์ใช้ทุน ทั้งนี้ ควรมีการติดตามและส่งข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนา สหกรณ์ผลงานกับคณะกรรมการ Cup board ซึ่งดูแลเครือข่ายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับศูนย์แพทย์ชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหลายช่องทางเช่น ระบบรายงานประจำเดือน ผ่าน Line group , website, ประชุม และ ระบบนิเทศติดตามงาน

2. มีการสำรวจยาของโรงพยาบาลสอดคล้องตามรายการบัญชี ยาจังหวัดฉบับล่าสุด  $\geq 90\%$  เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยเข้าถึงยา ผู้ป่วยมียาพร้อมใช้ และได้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีมาตรการ การกำหนดกรอบรายการยาโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 974 รายการยา เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 660 รายการ และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 277 รายการ คิดเป็นอัตราส่วน เท่ากับ 70.5 ต่อ 29.5 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ร่วมกับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจังหวัดขอนแก่น ในการทบทวนบัญชียาระดับจังหวัด ในปี 2565 ให้ทันสมัย และสามารถรองรับระบบบริการ service plan และระบบส่งต่อผู้ป่วย ให้ได้ครอบคลุมหน่วยบริการทุกระดับ ทำให้เกิดผลลัพธ์ การสร้างเครือข่ายระบบการส่งต่อการรักษาด้วยยาสร้างช่องทางในการสื่อสารกลุ่มพยาบาลส่งต่อ ระบบ scan ใบส่งตัว และ กลุ่มเภสัชกรที่ดูแลระบบการส่งต่อเพื่อจัดการปัญหาการส่งต่อการจัดการปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
3. มีผลลัพธ์ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและ ป้องกันการแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด

เพื่อปรับปรุงกระบวนการ การติดตามการใช้ยา โดยมีเป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านยาอย่างปลอดภัย ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง แนวทาง (1) การเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) การเชื่อมโยงกับระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (2) การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) การพัฒนาโปรแกรมการบันทึกคำสั่งแจ้งเตือนและยืนยันเมื่อแพทย์สั่งยาที่แพ้ ปรับปรุงฐานข้อมูลการแพ้ยา การทบทวนอุบัติการณ์ ADR ร่วมกับการปรับรายการยาสำรองบนหอผู้ป่วย (3) การเฝ้าระวังยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) ทบทวนกรอบรายการยาความเสี่ยงสูง แนวปฏิบัติในการบริหารยา ความเสี่ยงสูง การจัดหาเครื่องมือในการบริหารยา (4) การเฝ้าระวังการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (DI) มีการจัดทำฐานข้อมูล Drug interaction (5) การทบทวนแนวทาง Medication reconcile ทำให้เกิดผลลัพธ์ ความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มลดลง (6) แนวทางการทบทวนคำสั่งการใช้ยา ผลลัพธ์ พบการแพ้ยาซ้ำในปี 2563 จำนวน 1 ราย ออกแบบระบบป้องกันเชิง Process lock การบันทึกคำสั่งเมื่อมีประวัติแพ้ยา ระบบแจ้งเตือนเฝ้าระวังและต้องปรึกษาแพทย์เมื่อมีการสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ ผู้ป่วยใน พยาบาลต้องซักประวัติในระบบ CPOE แพทย์ เภสัชกรเห็นข้อมูล มีการพบกรณีผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาจากที่อื่น ปี 2565 จำนวน 1 ครั้ง และ ปี 2566 จำนวน 4 ครั้ง จึงได้มีการทบทวนนิยามการแพ้ยาซ้ำและทบทวนการบันทึก

ข้อมูลในเวชระเบียนรวมถึงการเชื่อมโยงข้อมูลประวัติแพ้ยา มีระบบการเฝ้าระวังการสั่งยา Fatal Drug interaction ปี 2564-2566 จำนวน 176, 93, 197, 78 ครั้ง ได้มีการปรึกษาและแพทย์งดยาผู้ตั้งกล่าว ความคลาดเคลื่อนทางยาของยาความเสี่ยงสูงที่มีระดับ E มีการทบทวนข้อมูลและออกแบบระบบการป้องกัน ตัวอย่างเช่น ระบบการเข้าถึงข้อมูล และ ระบบคัดกรองคำสั่งการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก เพิ่มเครื่องมือในการทวนสอบขนาดยาในเด็ก การทบทวนยา Look Alike Sound alike ส่งเสริมการใช้กลไกการตามรอยในการติดตามประเมินและพัฒนาในระบบยาที่สำคัญ จึงได้วางแผนในการตามรอยระบบงานสำคัญ ได้แก่ การลงเยี่ยมหน่วยงาน การสุ่มเวชระเบียน และ การติดตามตัวชี้วัดระบบยาอย่างต่อเนื่อง

## K209 ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัยรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (SIM<sup>3</sup>)

S: Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ การรับผิดชอบ ระดับหัวหน้า ผู้ปฏิบัติงาน อย่างชัดเจน</li> <li>▪ 2. มีการจัดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ทุกสถานพยาบาลในระดับCUP เมืองขอนแก่น</li> <li>▪ 3. มีการนิเทศกำกับติดตามงานทุก 6 เดือน</li> </ul>
I: Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของจังหวัดขอนแก่น</li> <li>▪ ติดตามข้อมูลตัวชี้วัดทุกเดือน ข้อมูลจากHDC จังหวัดขอนแก่น</li> <li>▪ ติดตามข้อมูลจากการตรวจราชการและการนิเทศของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> </ul>
I: Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ - ออกให้บริการแพทย์แผนไทยเชิงรุกที่ OPD อื่นๆ เช่น OPD คลินิกเบาหวาน , OPD คลินิกผู้สูงอายุ , OPD คลินิกกอดบุหรี</li> <li>▪ - เปิดศูนย์แพทย์แผนไทยบูรณาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ใน รพ.ขอนแก่น</li> <li>▪ - มีการขยายงานแพทย์แผนไทยลงสู่ รพ.ขอนแก่น2 ศูนย์แพทย์ประชานิยม ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง ศูนย์แพทย์มิตรภาพ ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง</li> <li>▪ - มีการขยายงานแพทย์แผนไทยลงสู่เรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น กิจกรรม ตรวจวินิจฉัย จ่ายยาสมุนไพร เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย</li> </ul>
I: Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ - การออกให้บริการแพทย์แผนไทย OPD เบาหวาน กิจกรรม ตรวจเท้าเบาหวาน นวดเท้ากระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ให้บริการน้ำดื่มสมุนไพรเพื่อลดน้ำตาลในเลือด และแนะนำการดูแลเท้า การนวดเท้าด้วยตนเอง เพื่อสามารถไปดูแลตนเองได้ที่บ้าน</li> <li>▪ - การออกให้บริการแพทย์แผนไทย OPD ผู้สูงอายุ กิจกรรม นวด คอ บ่า ไหล่ กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต การพอกเข้าลดอาการปวดเข่า สมานธิบำบัด</li> <li>▪ - การให้บริการแพทย์แผนไทย IPD Stroke Unit กิจกรรม นวด ประคบสมุนไพร เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดการเกร็งกล้ามเนื้อ กดจุดกระตุ้นการกลืน เพิ่มความสามารถในการกลืนอาหาร</li> <li>▪ - การให้บริการแพทย์แผนไทย IPD สูติกรรม กิจกรรม นวด ประคบสมุนไพร ด้านม เพื่อเพิ่มการไหลของน้ำนมมารดาหลังคลอด แนะนำการดูแลฟื้นฟูมารดาหลังคลอด การอยู่ไฟหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือ</li> </ul>
M: Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ - ติดตามตัวชี้วัดทุกไตรมาส</li> <li>▪ - ฐานข้อมูล 43 แห่ง ของโรงพยาบาลขอนแก่น</li> <li>▪ - ข้อมูล HDC จังหวัดขอนแก่น ติดตามทุกเดือน</li> <li>▪ - โปรแกรม I HOS โรงพยาบาลขอนแก่น</li> </ul>

## K211 ระดับความสำเร็จการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (SIM<sup>3</sup>)

S: Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและพัฒนาเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิทำงานกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ บริหารจัดการงบประมาณ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อบรรลุเป้าหมายตามแผนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่าย CUP โรงพยาบาลขอนแก่น 10 ปี ส่งเสริมพัฒนาบริการที่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลขอนแก่น ส่งเสริมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความพร้อมเป็นสถาบันสมทบในการจัดการเรียนการสอน สำหรับวิชาชีพที่จำเป็น รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) เพื่อแก้ปัญหา ร่วมกัน</li> </ul>
I: Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารระดับ CUP โรงพยาบาลขอนแก่น สนับสนุนการบริหารจัดการทั้งเครือข่าย</li> <li>บริหารจัดการเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านการประเมิน ตามแนวทาง 3S ได้แก่             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Staff : แพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข</li> <li>2) System : พื้นที่รับผิดชอบ, รูปแบบการจัดการ, ระบบให้คำปรึกษา, ระบบดูแล ส่งต่อ, การจัดการบริการส่งเสริมป้องกัน, โรงพยาบาลสนับสนุนการจัดการ, ข้อมูล สถานะสุขภาพ</li> <li>3) Structure : ที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และโครงสร้างอาคารในการให้บริการ</li> </ol> </li> </ul>
I: Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการประชุมมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานทั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ทั้งหมด</li> <li>การประชุมคณะทำงานเพื่อจัดทำข้อมูล และประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ ในแต่ละหมวด</li> <li>การประชุมส่งเสริมการขับเคลื่อนงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการที่เกี่ยวข้อง</li> <li>การสรุปผลการดำเนินงาน และบูรณาการตามแผน CUP เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ในแต่ละพื้นที่ในส่วนชาดร่วมกัน</li> </ul>
I: Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>บูรณาการแผน Service Plan/Prevention and Promotion ตามประเด็นที่เกี่ยวข้อง ขับเคลื่อนงานร่วมกันใน CUP</li> <li>บูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ และเทคโนโลยี) ภายใน CUP</li> <li>บูรณาการข้อมูลสารสนเทศ ภายใน CUP</li> </ul>
M: Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลการดำเนินงานทุกไตรมาส (3 เดือน)</li> <li>ร่วมนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผล และรายงานผลงาน อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ</li> </ul>

### 📌 ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- การบูรณาการจัดการข้อมูลประชากร ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้ครอบคลุมทั้งพื้นที่ รับผิดชอบ CUP โรงพยาบาลขอนแก่น ส่งการดำเนินงานมีคุณภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- บูรณาการทำงานร่วมกันกับรพ.สต.ถ่ายโอน

## K214 ระดับคะแนนความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (SIM<sup>3</sup>)

S: Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>ได้ยกระดับงานจากศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุสูงอายุนั้นเป็น กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและชะลอวัย แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงาน กำกับดูแลโดยรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โดยพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุเป็น หัวหน้างานการพยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ประกอบด้วยทีมพยาบาล สังกัดกลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) คลินิกผู้สูงอายุและชะลอวัย ผู้ป่วยนอกแบบ One stop service 5 วัน/สัปดาห์ เน้นกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมและหกล้ม 2)บริการผู้ป่วยในผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในทุกหน่วยงาน โดยกำหนดปัญหาในการส่งปรึกษาคือ Delirium, Dementia, Falling, ADL deconditioning, Stroke, Fracture hip 3) ศูนย์ฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ อสม. และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาและการดูแลทั้งระยะกลางและระยะยาว</li> </ul>
I: Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้ระบบไลน์ในการรับและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โดยการจัดพยาบาลผู้จัดการทำหน้าที่ admin กำกับติดตามในการรับ-ส่งปรึกษาและนัดหมายล่วงหน้าก่อนส่งผู้สูงอายุแต่ ละหน่วยปฐมภูมิเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น ระบบการสื่อสารด้วยไลน์ ครอบคลุม 8 เครือข่ายศูนย์แพทย์</li> </ul>
I: Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>คลินิกผู้สูงอายุและชะลอวัยให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจอย่าง สนุกสนาน ด้วยโปรแกรม Rehabilitainment พัฒนาเป็นสื่อดิจิทัลและคู่มือที่สามารถทำที่บ้านได้</li> </ul>
I: Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>โรงพยาบาลขอนแก่นได้ลงนาม MOU ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ในเดือนธันวาคม 2567 ในประเด็นการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับ รพ.สต. ทั้ง 248 แห่ง ในการคัดกรอง การปรึกษา การส่งต่อเพื่อการรักษาและ Telemedicine ร่วมกับ รพ.สต.ทุกแห่ง</li> </ul>
M: Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>ติดตามความเที่ยงของข้อมูลการคัดกรอง 9 ด้าน โดย อสม.ผ่าน HDC มาวิเคราะห์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพความถูกต้องของข้อมูลการคัดกรองของ อสม.โดยการอบรม อสม.ครบทั้ง 7 ศูนย์แพทย์</li> </ul>

### 📌 ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

การเชื่อมรพ.สต. ในประสิทธิภาพการคัดกรองของ อสม.

## K301 ร้อยละบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างน้อย 2 เรื่อง

### ๑ การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (SIM<sup>3</sup>)

S: Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ สสอ.เมืองขอนแก่น มีบุคลากร 10 คน แบ่งกลุ่มงานเป็น 3 กลุ่มงาน มี สาธารณสุขอำเภอเมืองเป็นผู้บังคับบัญชา ได้แก่ กลุ่มงานบริหาร กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ และ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีหัวหน้ากลุ่มงานคอยควบคุมกำกับในแต่ละกลุ่มงาน มีขั้นตอนการปฏิบัติงานในแต่ละปี</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.วิเคราะห์ข้อมูลตามนโยบายที่เกี่ยวข้อง</li> <li>2.จัดทำแผนยุทธศาสตร์หน่วยงาน โดยใช้แผนยุทธศาสตร์จังหวัดเป็นแนวทาง</li> <li>3.จัดทำแผนปฏิบัติการตามกลุ่มงาน กำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบงาน</li> <li>4.ดำเนินงานตามแผนงาน</li> <li>5.กำกับติดตาม ประเมินผลงานตามแผน</li> <li>6.สรุปผลการดำเนินงาน รายงานผู้บังคับบัญชา ปรับปรุงใช้ในปีต่อไป</li> </ol>
I: Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ สสอ.เมืองขอนแก่น จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร เพื่อพัฒนาสมรรถนะให้เหมาะสมกับระบบข้อมูลสารสนเทศในปัจจุบัน โดยกำหนดให้บุคลากรทุกระดับ ต้องได้รับการอบรม/พัฒนาทุกด้าน ไม่น้อยกว่าคนละ 10 วัน</li> </ul>
I: Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ บุคลากรทุกระดับ ต้องได้รับการอบรม/พัฒนาทุกด้าน ไม่น้อยกว่าคนละ 10 วัน</li> <li>▪ การบูรณาการการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>
I: Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ สสอ.เมืองขอนแก่นมีการบูรณาการการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านต่างๆ ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น เช่น รพ.ขอนแก่น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น ศูนย์ควบคุมโรคที่ ๗ รพ.ธัญญารักษ์ สภ.เมืองขอนแก่น รพ.จิตเวชราชชนครินทร์ เป็นต้น ในการเป็นแหล่งพัฒนาศักยภาพและพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่</li> </ul>
M: Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ประเมินผลการพัฒนาสมรรถนะ 2 รอบต่อปี ต.ค.66-มี.ค.67 และ เม.ย.67- ก.ย.67</li> </ul>

### ๒ ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ควรหลากหลาย เหมาะสมบุคคลและกลุ่มงาน



## K301 ร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุข มีดัชนีมวลกายปกติ

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (SIM<sup>3</sup>)

S: Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ สสอ.เมืองขอนแก่น มี อสม.และ บุคลากรสาธารณสุข รวม 2,708 คน มี สาธารณสุขอำเภอเมืองเป็นผู้ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงาน มีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงานของ อสม. มีขั้นตอนการปฏิบัติงานด้านดัชนีมวลกาย ดังนี้             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ อสม. เพื่อแสดงความคิดเห็น รูปแบบ การจัดกิจกรรม</li> <li>2. จัดทำแผนและโครงการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน</li> <li>3. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งตามความพร้อม และความเหมาะสม เช่นกลุ่มแลก เปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มออกกำลังกาย ศูนย์ข้อมูลให้คำปรึกษา และ สาสิต</li> <li>4. ดำเนินงานตามแผนงาน</li> <li>5. กำกับติดตาม ประเมินผลงานตามแผน</li> <li>6. สรุปผลการดำเนินงาน รายงานผู้บังคับบัญชา ปรับปรุงใช้ในปีต่อไป</li> </ol> </li> </ul>
I: Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ สสอ.เมืองขอนแก่น รวมข้อมูล/สถานการณ์ด้านโรคภัยที่เกิดจากการที่มีดัชนีมวลกายผิดปกติทุกกลุ่มวัยและนำเสนอการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีภาพกิจกรรมการออกกำลังกายในสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน</li> </ul>
I: Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีการพัฒนาความรู้ อสม.และบุคลากรสาธารณสุข ในการเป็นผู้นำการออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน และเชิญกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายมาออกกำลังกาย ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหารที่ต้อง เทียบค่า BMI ก่อนและหลังการออกกำลังกายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง สถานบริการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งตามความพร้อม และความเหมาะสม เช่น กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีกลุ่มและชมรมออกกำลังกายประจำตำบล ศูนย์ข้อมูลให้คำปรึกษา</li> <li>▪ จัดกิจกรรมเดินแอโรบิกทุกสัปดาห์</li> <li>▪ สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขและ อสม.เข้าร่วมกิจกรรมเดิน วิ่ง ปั่น</li> </ul>
I: Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีการเชื่อมโยงบูรณาการทั้งการวางแผนร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</li> <li>▪ ติดตามแก้ไข ปัญหาร่วมกันทุกภาคส่วน รวมถึงการวางแผนร่วมกับผู้นำชุมชนในการออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน ให้ความยั่งยืนและปราศจากโรคภัยสุขภาพต่าง ๆ</li> </ul>
M: Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ การควบคุม กำกับการดำเนินงาน ตามเป้าหมายที่ รายงานผลการดำเนินงานโครงการต่อที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ</li> </ul>

### 📌 ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

บุคลากรสาธารณสุขและอสม.มีภาระงานมาก ทำงานหลากหลายหน้าที่ ทำให้การดำเนินงานไม่ได้ตามแผนที่วางไว้

## K403 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะสู่การพัฒนาเป็นองค์กรดิจิทัล

### 📍 การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (SIM<sup>3</sup>)

S: Structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีผู้รับผิดชอบงานในส่วนของโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลขอนแก่น) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น เทศบาลนครขอนแก่น และเครือข่ายที่หลากหลายบริบท ร่วมติดตามกำกับและกระตุ้นการทำงาน</li> </ul>
I: Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการรวบรวมสถิติข้อมูลรายงาน โดยการเชื่อมต่อฐานข้อมูลระดับ CUP ที่มีความแตกต่างไปยัง Datacenter ศูนย์ข้อมูลระดับจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมข้อมูล มีทีมงานผู้รับผิดชอบรับทราบ และส่งรายงานทุกเดือน มีการทบทวนแนวทางการบันทึกงานทุกปี</li> </ul>
I: Intervention and Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดทำแผนพัฒนา ร่วมการพัฒนาทีม และแนวทางการทำงานทุกปี</li> <li>มีการดำเนินงานเชิงรุกและติดตามให้ความรู้ แก่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลระบบข้อมูลข่าวสารระดับ CUP และปฏิบัติ ร่วมกับ โปรแกรมเมอร์ ทุกหน่วยบริการ ปฐมภูมิและแม่ข่ายทั้ง 33 แห่ง</li> <li>สนับสนุนการสื่อสารออนไลน์, โปรแกรม software ตลอดถึงการซ่อมบำรุง Hardware และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับในการทำงาน Application ต่างๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เป็นต้น เพื่อให้สามารถใช้ได้ตลอดเวลา และเชื่อมต่อกับระบบการบันทึก ผ่าน HDC</li> <li>โปรแกรม iHospital, ระบบ Claim สิทธิข้าราชการในสถานบริการเครือข่าย, โปรแกรม JHCIS, CMU Bill, CMU.KKH(Online), ระบบ Data@MoPH กระทรวงสาธารณสุข : nRefer@MoPH ระบบข้อมูลการส่งต่อ (nRefer), CUPData@MoPH ระบบ Patient Service เชื่อมต่อ CUP Data Center In Hospital Data vs HDC Data, ISOnline@MoPH และ DRGs@MoPH เป็นต้น</li> </ul>
I: Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>บูรณาการสร้างความเข้าใจ/เตรียมความพร้อมร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชน ท้องถิ่น และประชาชนผู้สนใจ</li> </ul>
M: Monitoring and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร ออกรายงาน Dashboard เพื่อทีมผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และประชาชนผู้ที่สนใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลตามระดับการเข้าถึงข้อมูลตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล PDPA (Personal Data Protection Act) ได้รับทราบเป็นระยะ และร่วมออกติดตามนิเทศงานหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือจุดตามที่นัดไว้</li> </ul>

### 📌 ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

- ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน ในการเข้าถึงข้อมูล ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล PDPA (Personal Data Protection Act) และฝึกปฏิบัติกับ อสม. แกนนำชุมชน และประชาชน ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน หรือชุมชน
- ควรมีการบูรณาการข้อมูลข่าวสารให้เชื่อมโยงกันระหว่างกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง



# ส่วนที่ 5



ปัญหา อุปสรรค  
และข้อเสนอแนะ



**สรุปข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา**  
**ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) โรงพยาบาลขอนแก่น**  
**ตามประเด็นตัวชี้วัดการนิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข**  
**รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2567**

**๑ ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา**

- ⇒ การเสริมพลังให้ชุมชน สร้างเครือข่ายในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพสู่ชุมชนเข้มแข็ง
- ⇒ การสื่อสารนโยบาย ข้อมูลข่าวสารจากทีมบริหารสู่ผู้ปฏิบัติ
- ⇒ ทิศทางการดำเนินงานด้านบริการสาธารณสุขของรพ.สต. สังกัด อบจ.กับกระทรวงสาธารณสุขที่ชัดเจน
- ⇒ การประสานงานระหว่างโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ในการปฏิบัติงานตามนโยบายหรือภาระกิจฉุกเฉินร่วมกัน
- ⇒ การประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบเรื่องการถ่ายโอนรพ.สต.ให้กับอบจ.
- ⇒ ภาวะเปรียบเทียบที่สอดคล้องกับการดำเนินงานในพื้นที่
- ⇒ การพัฒนาระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของ CUP เพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน
- ⇒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ เชื่อมต่อข้อมูลที่มีคุณภาพ ความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง
- ⇒ การป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ⇒ ควบคุมได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ⇒ หน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นทะเบียนตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562 และมีคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์
- ⇒ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแนวใหม่
- ⇒ สร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย



# โรงพยาบาลขอนแก่น



**คณะผู้จัดทำ**

**กลุ่มงานเวชกรรมสังคม**

**กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น**

