



แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐)





แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

คำนำ

จังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์กลางการค้า การลงทุน และการคมนาคมขนส่งในภูมิภาค ถือเป็นศูนย์กลางการคมนาคมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นพื้นที่ที่อยู่ในแนวระเบียงเศรษฐกิจ EWE (East West Economic Corridor) เส้นทางที่อยู่ในแนวระเบียงเศรษฐกิจตะวันตก-ตะวันออกของการคมนาคมเพื่อเชื่อมต่อระหว่างประเทศและหัวเมืองสำคัญๆ ในกลุ่มประเทศลุ่มแม่น้ำโขง (Greater Mekong Subregion) โดยจังหวัดขอนแก่นได้รับการยอมรับว่าเป็น “มหานครแห่งอาเซียน” ที่เป็นศูนย์กลางการให้บริการด้านต่างๆ รวมถึงด้านการค้าและการขนส่งระดับอาเซียน เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งด้านบวก และด้านลบ จากสถานการณ์ในปัจจุบันเรากำลังเผชิญกับสิ่งท้าทายหลากหลายด้าน เช่น การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเผชิญกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ และการเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศ (Climate change) รวมถึงความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งจังหวัดขอนแก่นมีการถ่ายโอนร้อยละ 100 ในขณะที่ประชาชนมีความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นในฐานะหน่วยงานตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัดจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเริ่มจากการทบทวนจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานในอนาคต ภายใต้กลไกการจัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐) โดยคณะทำงานที่ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องในทุกกระดับ และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ได้ร่วมกันจัดทำ ยกร่าง แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ระยะ ๕ ปี ดังกล่าว ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ยุทธศาสตร์สุขภาพระยะ ๒๐ ปี ของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงบริบทของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวจะเป็นเป้าหมายกรอบแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นให้กับหน่วยงาน หน่วยบริการในสังกัดตลอดระยะเวลา ๕ ปี เพื่อการบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ระบบบริการได้มาตรฐาน คนขอนแก่นมีสุขภาพที่ดี” ต่อไป

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ตุลาคม ๒๕๖๕

สารบัญ

หน้า

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทสรุปผู้บริหาร	
บทที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป	๓
ข้อมูลทั่วไปจังหวัดขอนแก่น	๓
ประชากร	๓
ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข	๑๕
สถิติชีพ	๑๙
ข้อมูลสถานะสุขภาพ	๒๔
ดัชนีผู้ป่วยใน (Case Mix Index : CMI)	๔๐
บทที่ ๒ ความจำเป็นทางยุทธศาสตร์ ทิศทางการพัฒนา และจุดยืน	
ตำแหน่งของแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐	๔๕
ความจำเป็นเชิงยุทธศาสตร์ เิงนโยบาย	๔๕
ความจำเป็นเชิงความเปลี่ยนแปลงจากภายนอก	๗๒
จุดยืนการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น	๗๖
การประเมินศักยภาพทางยุทธศาสตร์	๗๗
บทที่ ๓ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๗๙
วิสัยทัศน์ (Vision)	๗๙
พันธกิจ (Mission)	๘๐
เป้าประสงค์สูงสุด (Ultimate Goal)	๘๐
ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	๘๐
รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)	๙๑
ภาคผนวก	
ภาพประกอบการประชุม	
รายชื่อผู้ร่วมประชุม	
คำสั่งคณะกรรมการจัดทำแผนฯ	

บทที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ข้อมูลทั่วไปจังหวัดขอนแก่น

จังหวัดขอนแก่นตั้งอยู่บริเวณตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครตามทางหลวงหมายเลข ๒ หรือถนนมิตรภาพระยะทาง ๔๔๕ กิโลเมตร และตามทางรถไฟสายกรุงเทพฯ – หนองคาย ๔๕๐ กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ ๑๐,๘๘๖ ตารางกิโลเมตร (๖.๘ ล้านไร่) หรือประมาณร้อยละ ๖.๕ ของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียงรวม ๙ จังหวัด ดังนี้

- ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดอุดรธานี จังหวัดเลย และจังหวัดหนองบัวลำภู
- ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดบุรีรัมย์
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดมหาสารคาม
- ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดเพชรบูรณ์

วิสัยทัศน์จังหวัด “มหานครน่าอยู่ ศูนย์กลางเศรษฐกิจเชื่อมโยงภูมิภาค”

๒. ข้อมูลประชากรและโครงสร้างประชากร

๒.๑ อัตราการเพิ่มลดของประชากร

จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนประชากรกลางปีทั้งสิ้น ๑,๗๙๐,๘๖๓ คน แบ่งเป็น เพศหญิงจำนวน ๙๑๑,๐๑๔ คน (ร้อยละ ๕๐.๘๗) เพศชาย จำนวน ๘๗๙,๘๔๙ คน (ร้อยละ ๔๙.๑๓) (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔) จำนวนประชากรตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐– จนถึงปัจจุบันพบว่า มีแนวโน้มลดลงโดยปี พ.ศ.๒๕๖๐, ๒๕๖๑, ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ มีจำนวนประชากร ๑,๘๐๕,๙๑๐, ๑,๘๐๕,๘๙๕, ๑,๘๐๒,๘๗๒, ๑,๗๙๔,๕๓๑ และ ๑,๗๙๐,๘๖๓ คน ตามลำดับอัตราการเพิ่มลดของประชากร คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๓๐,-๐.๐๐๑,-๐.๑๖๘, -๐.๔๖๕ และ - ๐.๒๐๕ ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ อัตราการเพิ่มลดของประชากร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากรจังหวัดขอนแก่น					ร้อยละอัตราการ เพิ่มลดของ ประชากร
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
๒๕๖๐	๘๙๐,๔๘๖	๔๙.๓๑	๙๑๕,๔๒๔	๕๐.๖๙	๑,๘๐๕,๙๑๐	๐.๒๓๐
๒๕๖๑	๘๘๙,๕๐๕	๔๙.๒๖	๙๑๖,๓๙๐	๕๐.๗๔	๑,๘๐๕,๘๙๕	- ๐.๐๐๑
๒๕๖๒	๘๘๘,๕๐๑	๔๙.๒๘	๙๑๖,๓๗๑	๕๐.๘๓	๑,๘๐๒,๘๗๒	- ๐.๑๖๘
๒๕๖๓	๘๘๒,๔๖๒	๔๙.๑๘	๙๑๒,๐๖๙	๕๐.๘๒	๑,๗๙๔,๕๓๑	- ๐.๔๖๕
๒๕๖๔	๘๗๙,๘๔๙	๔๙.๑๓	๙๑๑,๐๑๔	๕๐.๘๗	๑,๗๙๐,๘๖๓	- ๐.๒๐๕

ที่มา: สำนักทะเบียนราษฎรผ่าน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประชากร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ (www.dopa.go.th)

๒.๒ จำนวนประชากร จำแนกตามอายุและเพศ จังหวัดขอนแก่น

จำนวนประชากรจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.๒๕๖๔ พบว่า มีประชากรทั้งหมด ๑,๗๙๐,๘๖๓ คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน ๙๑๑,๐๑๔ คน (ร้อยละ ๕๐.๘๗) เพศชายจำนวน ๘๗๙,๘๔๙ คน (ร้อยละ ๔๙.๑๓) สัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เท่ากับ ๑.๐๔ : ๑ มีอายุมัธยฐานเท่ากับ ๓๙.๕๔ ปี (อายุมัธยฐานระหว่าง ๔๐ – ๔๔ ปี) จัดได้ว่าประชากรจังหวัดขอนแก่นเป็นประชากรสูงอายุ (Aged population) และประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน (๑๕ – ๕๙ ปี) ร้อยละ ๖๕.๙๘ รองลงมาคือ วัยผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๘.๙๗ (จำแนกเป็น วัยผู้สูงอายุตอนต้น (Early old age) อายุระหว่าง ๖๐ – ๖๙ ปี ร้อยละ ๑๐.๖๘ มากที่สุด รองลงมาคือ วัยผู้สูงอายุตอนกลาง (Middle old age) อายุระหว่าง ๗๐ – ๗๙ ปี ร้อยละ ๕.๘๗ และน้อยที่สุดคือ วัยผู้สูงอายุตอนปลาย (Late old age) อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๒.๔๒) โดยจัดได้ว่าผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่นจัดอยู่ในประเภทสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และรองลงมาคือวัยเรียน (๕ – ๑๔ ปี) ร้อยละ ๑๐.๙๐, วัยรุ่น (๑๕ – ๑๙ ปี) ร้อยละ ๘.๑๙ และวัยเด็กปฐมวัย ร้อยละ ๔.๑๔ ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ จำนวนประชากร ร้อยละ ของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

กลุ่มอายุ (ปี)	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๐	๖,๕๔๑	๐.๓๗	๕,๘๒๖	๐.๓๓	๑๒,๓๖๗	๐.๖๙
๐๑ - ๐๔	๓๒,๐๑๕	๑.๗๙	๒๙,๘๒๐	๑.๖๗	๖๑,๘๓๕	๓.๔๕
๐๕ - ๐๙	๔๘,๙๑๒	๒.๗๓	๔๕,๖๓๐	๒.๕๕	๙๔,๕๔๑	๕.๒๘
๑๐ - ๑๔	๕๑,๙๕๒	๒.๙๐	๔๘,๗๑๘	๒.๗๒	๑๐๐,๖๖๙	๕.๖๒
๑๕ - ๑๙	๕๓,๗๔๘	๓.๐๐	๕๐,๕๕๑	๒.๘๒	๑๐๔,๒๙๙	๕.๘๒
๒๐ - ๒๔	๕๘,๗๘๓	๓.๒๘	๕๕,๑๐๙	๓.๒๔	๑๑๓,๘๙๒	๖.๕๓
๒๕ - ๒๙	๖๘,๙๐๘	๓.๘๕	๖๖,๐๘๓	๓.๖๙	๑๓๔,๙๙๐	๗.๕๔
๓๐ - ๓๔	๖๓,๘๘๑	๓.๕๗	๖๑,๒๗๖	๓.๔๒	๑๒๕,๑๕๗	๖.๙๙
๓๕ - ๓๙	๖๕,๐๖๑	๓.๖๓	๖๓,๖๗๐	๓.๕๖	๑๒๘,๗๓๑	๗.๑๙
๔๐ - ๔๔	๖๙,๔๒๙	๓.๘๘	๖๙,๙๘๐	๓.๙๑	๑๓๙,๔๐๙	๗.๗๘
๔๕ - ๔๙	๖๙,๕๘๔	๓.๘๙	๗๔,๐๘๘	๔.๑๔	๑๔๓,๖๗๒	๘.๐๒
๕๐ - ๕๔	๗๓,๘๔๒	๔.๑๒	๘๐,๗๓๒	๔.๕๑	๑๕๔,๕๗๔	๘.๖๓
๕๕ - ๕๙	๖๓,๔๔๖	๓.๕๔	๗๐,๕๒๗	๓.๙๔	๑๓๓,๙๗๓	๗.๔๘
๖๐ - ๖๔	๕๐,๕๓๐	๒.๘๒	๕๗,๘๐๖	๓.๒๓	๑๐๘,๓๓๖	๖.๐๕
๖๕ - ๖๙	๓๘,๓๑๒	๒.๑๔	๔๔,๖๗๔	๒.๔๙	๘๒,๙๘๖	๔.๖๓
๗๐ - ๗๔	๒๙,๑๘๒	๑.๖๓	๓๕,๓๑๒	๑.๙๗	๖๔,๔๙๔	๓.๖๐
๗๕ - ๗๙	๑๗,๘๘๗	๑.๐๐	๒๒,๗๕๗	๑.๒๗	๔๐,๖๔๔	๒.๒๗
๘๐ - ๘๔	๑๐,๓๙๑	๐.๕๘	๑๔,๐๘๔	๐.๗๙	๒๔,๔๗๕	๑.๓๗
๘๕+	๗,๔๔๗	๐.๔๒	๑๑,๓๗๐	๐.๖๓	๑๘,๘๑๘	๑.๐๕
รวม	๘๗๙,๘๔๙	๔๙.๑๓	๙๑๑,๐๑๔	๕๐.๘๗	๑,๗๙๐,๘๖๓	๑๐๐.๐๐

ที่มา: สำนักทะเบียนราษฎรผ่าน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประชากร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ (www.dopa.go.th)

๒.๓ จำนวนประชากร จำแนกตามกลุ่มวัย จังหวัดขอนแก่น

ตารางที่ ๓ จำนวน ร้อยละ ของประชากร จำแนกตามกลุ่มวัย จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

กลุ่มวัย	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑. วัยเด็กปฐมวัย (๐ – ๔ ปี)	๓๘,๕๕๕	๔.๓๘	๓๕,๖๔๖	๓.๙๑	๗๔,๒๐๑	๔.๑๔
๒. วัยเรียน (๕ – ๑๔ ปี)	๑๐๐,๘๖๓	๑๑.๔๖	๙๔,๓๔๗	๑๐.๓๖	๑๙๕,๒๑๐	๑๐.๙๐
๓. วัยรุ่น (๑๕ – ๒๑ ปี)	๗๕,๒๗๓	๘.๕๖	๗๑,๓๘๐	๗.๘๔	๑๔๖,๖๕๔	๘.๑๙
๔. วัยทำงาน (๑๕ – ๕๙ ปี)	๕๘๖,๖๘๒	๖๖.๖๘	๕๙๕,๐๑๗	๖๕.๓๑	๑,๑๘๑,๖๙๙	๖๕.๙๘
๕. วัยผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)	๑๕๓,๗๔๙	๑๗.๔๗	๑๘๖,๐๐๔	๒๐.๔๒	๓๓๙,๗๕๓	๑๘.๙๗
- วัยผู้สูงอายุตอนต้น (Early old age) (๖๐ – ๖๙ ปี)	๘๘,๘๔๒	๑๐.๑๐	๑๐๒,๔๘๐	๑๑.๒๕	๑๙๑,๓๒๒	๑๐.๖๘
- วัยผู้สูงอายุตอนกลาง (Middle old age) (๗๐ – ๗๙ ปี)	๔๗,๐๖๙	๕.๓๕	๕๘,๐๖๙	๖.๓๗	๑๐๕,๑๓๘	๕.๘๗
- วัยผู้สูงอายุตอนปลาย (Late old age) (๘๐ ปีขึ้นไป)	๑๗,๘๓๘	๒.๐๓	๒๕,๔๕๕	๒.๗๙	๔๓,๒๙๓	๒.๔๒

ที่มา: สำนักทะเบียนราษฎรผ่าน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประชากร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ (www.dopa.go.th)

๒.๔ อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากร จังหวัดขอนแก่น

อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เมื่อพิจารณาประชากรกลุ่มวัยทำงานต่อประชากรกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีและกลุ่มประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปของจังหวัดขอนแก่นตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ พบว่าอัตราพึ่งพิงประชากรมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเมื่อเทียบอัตราพึ่งพิงกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดขอนแก่น ๑๐๐ คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุรวมประมาณ ๕๒ คน คือ วัยเด็ก ๒๓ คน และวัยผู้สูงอายุ ๒๙ คน จะเห็นได้ว่า อัตราส่วนพึ่งพิงวัยผู้สูงอายุนั้นมากกว่าอัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กโดยสัดส่วนร้อยละของประชากรตามกลุ่มวัย เมื่อเทียบกับประชากรของจังหวัดขอนแก่นและอัตราส่วนเพศ จำแนกตาม ๕ กลุ่มวัย ดังนี้

๑. กลุ่มเด็กปฐมวัย (๐ -๔ปี) มีสัดส่วนร้อยละ ๔.๑๔ เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด อัตราส่วนเพศที่ช่วงอายุ ๐ - ๔ ปี เป็นชายประมาณ ๑๐๘ คนต่อหญิง ๑๐๐ คน

๒. กลุ่มเด็กวัยเรียน (๕ - ๑๔ ปี) มีสัดส่วนร้อยละ ๑๐.๙๐ เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด อัตราส่วนเพศช่วงอายุ ๕ - ๑๔ ปี เป็น ชายประมาณ ๑๐๗ คนต่อหญิง ๑๐๐ คน

๓. กลุ่มเด็กวัยรุ่น (๑๕ - ๒๑ ปี) มีสัดส่วนร้อยละ ๘.๑๙ เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด อัตราส่วนเพศ ช่วงอายุ ๑๕ - ๒๑ ปี เป็นชาย ประมาณ ๑๐๕ คน ต่อหญิง ๑๐๐ คน

๔. กลุ่มวัยทำงาน (๑๕ – ๕๙ ปี) มีสัดส่วนร้อยละ ๖๕.๙๘ เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด อัตราส่วนเพศ ที่ช่วงอายุ ๑๕ - ๕๙ ปี เป็นชาย ประมาณ ๙๙ คนต่อหญิง ๑๐๐ คน

๕. กลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนร้อยละ ๑๘.๙๗ เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด อัตราส่วนเพศช่วงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นชาย ประมาณ ๘๓ คนต่อหญิง ๑๐๐ คน

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า สัดส่วนร้อยละของประชากรตามกลุ่มวัย เมื่อเทียบกับประชากรของจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มวัยทำงานมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ ๖๕.๙๘ และกลุ่มเด็กปฐมวัยมีสัดส่วนน้อยที่สุด ร้อยละ ๔.๑๔ เมื่อพิจารณาอัตราส่วนเพศชายต่อหญิง ๑๐๐ คน

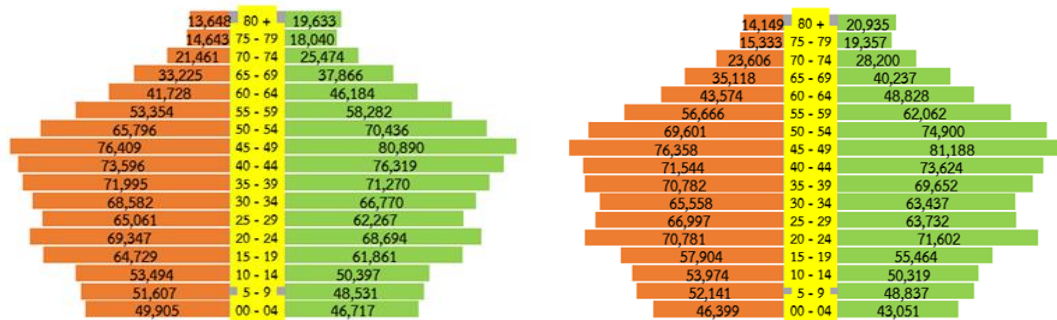
พบว่า อัตราส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิงเมื่ออายุแรกเกิดและมีอัตราส่วนเพศชายน้อยกว่าเพศหญิงเมื่ออายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปโดยอัตราพึงพิงของประชากรจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ มีแนวโน้มอัตราส่วนพึงพิงวัยผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้กลุ่มวัยทำงานต้องรับภาระเลี้ยงผู้สูงอายุมากขึ้นในอนาคต รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ อัตราส่วนพึงพิงของประชากร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ จำแนกรายอำเภอ

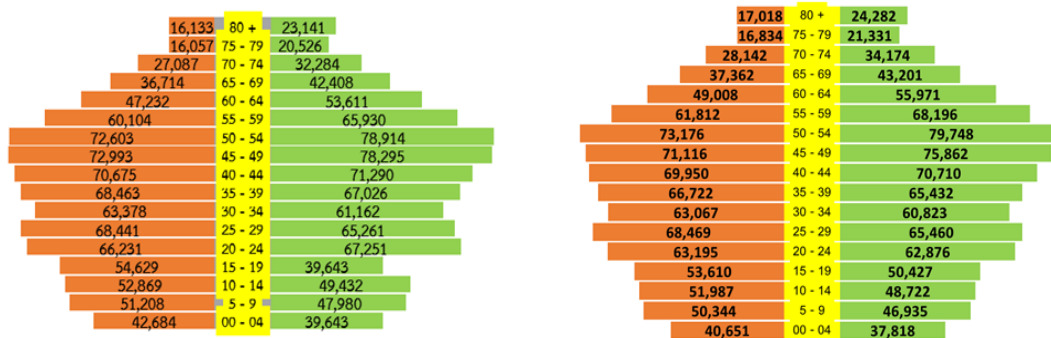
อำเภอ	อัตราส่วนพึงพิงของประชากร														
	ปี พ.ศ. ๒๕๖๐			ปี พ.ศ. ๒๕๖๑			ปี พ.ศ. ๒๕๖๒			ปี พ.ศ. ๒๕๖๓			ปี พ.ศ. ๒๕๖๔		
	เด็ก	ผู้สูงอายุ	รวม	เด็ก	ผู้สูงอายุ	รวม	เด็ก	ผู้สูงอายุ	รวม	เด็ก	ผู้สูงอายุ	รวม	เด็ก	ผู้สูงอายุ	รวม
เมือง	๒๒.๓	๒๑.๔	๔๓.๗	๒๒.๒	๒๒.๖	๔๔.๘	๒๒.๒	๒๔.๐	๔๖.๒	๒๒.๑	๒๕.๔	๔๗.๕	๒๑.๙	๒๖.๙	๔๘.๘
บ้านฝาง	๒๕.๑	๒๔.๘	๔๙.๙	๒๔.๘	๒๕.๗	๕๐.๕	๒๔.๒	๒๖.๘	๕๑.๐	๒๓.๘	๒๗.๙	๕๑.๗	๒๓.๓	๒๙.๑	๕๒.๔
พระยืน	๒๓.๔	๒๖.๓	๔๙.๗	๒๓.๒	๒๗.๖	๕๐.๘	๒๒.๖	๒๘.๘	๕๑.๔	๒๑.๙	๓๐.๐	๕๑.๙	๒๑.๕	๓๐.๘	๕๒.๓
หนองเรือ	๒๔.๗	๒๕.๒	๔๙.๙	๒๔.๓	๒๖.๓	๕๐.๖	๒๓.๘	๒๗.๖	๕๑.๔	๒๓.๓	๒๘.๗	๕๒.๐	๒๒.๗	๓๐.๐	๕๒.๗
ชุมแพ	๒๔.๙	๒๖.๗	๕๑.๖	๒๔.๖	๒๗.๙	๕๒.๕	๒๔.๓	๒๙.๓	๕๓.๖	๒๔.๐	๓๐.๘	๕๔.๘	๒๓.๔	๓๒.๒	๕๕.๖
สีชมพู	๒๖.๐	๒๑.๗	๔๗.๗	๒๕.๗	๒๒.๘	๔๘.๕	๒๕.๔	๒๓.๙	๔๙.๓	๒๔.๘	๒๕.๑	๔๙.๙	๒๔.๑	๒๖.๑	๕๐.๒
น้ำพอง	๒๓.๖	๒๔.๖	๔๘.๒	๒๓.๔	๒๕.๙	๔๙.๓	๒๓.๓	๒๗.๒	๕๐.๕	๒๓.๒	๒๘.๒	๕๑.๔	๒๒.๘	๒๙.๖	๕๒.๔
อุบลรัตน์	๒๕.๗	๒๒.๐	๔๗.๗	๒๕.๒	๒๓.๑	๔๘.๓	๒๔.๗	๒๔.๕	๔๙.๒	๒๓.๙	๒๕.๘	๔๙.๗	๒๓.๔	๒๗.๑	๕๐.๔
กระนวน	๒๔.๙	๒๑.๗	๔๖.๖	๒๔.๗	๒๒.๙	๔๗.๖	๒๔.๔	๒๔.๒	๔๘.๖	๒๓.๙	๒๕.๖	๔๙.๕	๒๓.๔	๒๖.๘	๕๐.๒
บ้านไผ่	๒๔.๐	๒๕.๔	๔๙.๔	๒๓.๖	๒๖.๗	๕๐.๓	๒๓.๑	๒๘.๑	๕๑.๒	๒๒.๘	๒๙.๔	๕๒.๒	๒๒.๓	๓๐.๗	๕๓.๐
เปือยน้อย	๒๕.๓	๒๐.๕	๔๕.๘	๒๕.๑	๒๑.๗	๔๖.๘	๒๔.๕	๒๒.๖	๔๗.๑	๒๔.๐	๒๓.๙	๔๗.๙	๒๓.๒	๒๕.๑	๔๘.๒
พล	๒๕.๑	๒๕.๔	๕๐.๕	๒๕.๐	๒๖.๗	๕๑.๗	๒๔.๖	๒๘.๑	๕๒.๗	๒๔.๐	๒๙.๕	๕๓.๕	๒๓.๗	๓๐.๖	๕๔.๓
วางใหญ่	๒๖.๓	๒๖.๐	๕๒.๓	๒๖.๐	๒๗.๐	๕๓.๐	๒๕.๕	๒๘.๒	๕๓.๗	๒๕.๐	๒๙.๒	๕๔.๒	๒๔.๒	๓๐.๒	๕๔.๔
วางน้อย	๒๓.๙	๒๖.๔	๕๐.๓	๒๓.๕	๒๗.๓	๕๐.๘	๒๓.๒	๒๘.๗	๕๑.๙	๒๒.๙	๓๐.๐	๕๒.๙	๒๒.๕	๓๑.๔	๕๓.๘
หนองสองห้อง	๒๕.๑	๒๓.๑	๔๘.๒	๒๔.๙	๒๔.๒	๔๙.๑	๒๔.๒	๒๕.๔	๔๙.๖	๒๓.๖	๒๖.๘	๕๐.๔	๒๓.๑	๒๘.๐	๕๑.๑
ภูเวียง	๒๕.๓	๒๒.๕	๔๗.๘	๒๔.๙	๒๓.๗	๔๘.๖	๒๔.๕	๒๕.๐	๔๙.๕	๒๔.๐	๒๖.๐	๕๐.๐	๒๓.๖	๒๗.๓	๕๐.๘
มัญจาคีรี	๒๒.๖	๒๗.๙	๕๐.๕	๒๒.๓	๒๘.๙	๕๑.๒	๒๒.๐	๓๐.๔	๕๒.๔	๒๑.๖	๓๑.๗	๕๓.๓	๒๑.๑	๓๒.๘	๕๓.๙
ชนบท	๒๔.๐	๒๖.๔	๕๐.๔	๒๓.๔	๒๗.๗	๕๑.๑	๒๒.๙	๒๙.๐	๕๑.๙	๒๒.๕	๓๐.๑	๕๒.๖	๒๑.๙	๓๑.๑	๕๓.๐
เขาสวนกวาง	๒๕.๔	๒๐.๓	๔๕.๗	๒๕.๐	๒๑.๖	๔๖.๖	๒๔.๕	๒๒.๘	๔๗.๓	๒๔.๐	๒๓.๘	๔๗.๘	๒๓.๖	๒๕.๐	๔๘.๕
ภูผาม่าน	๒๗.๐	๒๒.๕	๔๙.๕	๒๖.๗	๒๓.๔	๕๐.๑	๒๖.๐	๒๔.๕	๕๐.๕	๒๕.๓	๒๕.๗	๕๑.๐	๒๔.๘	๒๗.๐	๕๑.๘
ชำสูง	๒๓.๘	๒๓.๘	๔๗.๖	๒๓.๖	๒๔.๙	๔๘.๕	๒๓.๔	๒๖.๔	๔๙.๘	๒๓.๓	๒๗.๗	๕๑.๐	๒๒.๘	๒๙.๐	๕๑.๘
โคกโพธิ์ไชย	๒๔.๔	๒๔.๙	๔๙.๓	๒๔.๕	๒๖.๐	๕๐.๕	๒๔.๐	๒๗.๕	๕๑.๕	๒๔.๐	๒๙.๗	๕๓.๗	๒๓.๙	๓๑.๓	๕๕.๑
หนองนาคำ	๒๕.๐	๒๑.๘	๔๖.๘	๒๔.๙	๒๒.๘	๔๗.๗	๒๔.๕	๒๔.๒	๔๘.๗	๒๓.๘	๒๕.๓	๔๙.๑	๒๓.๒	๒๖.๔	๔๙.๖
บ้านแฮด	๒๕.๕	๒๓.๔	๔๘.๙	๒๕.๓	๒๔.๘	๕๐.๑	๒๔.๘	๒๖.๑	๕๐.๙	๒๔.๔	๒๗.๑	๕๑.๕	๒๓.๖	๒๘.๒	๕๑.๘
โนนศิลา	๒๔.๙	๒๓.๙	๔๘.๘	๒๔.๗	๒๕.๑	๔๙.๘	๒๔.๔	๒๖.๒	๕๐.๖	๒๓.๙	๒๗.๖	๕๑.๕	๒๓.๔	๒๘.๕	๕๑.๙
เวียงเก่า	๒๓.๘	๒๕.๓	๔๙.๑	๒๓.๔	๒๖.๗	๕๐.๑	๒๓.๒	๒๘.๐	๕๑.๒	๒๓.๑	๒๙.๒	๕๒.๓	๒๒.๘	๓๐.๗	๕๓.๕
รวมทั้งหมด	๒๔.๑	๒๓.๗	๔๗.๘	๒๓.๙	๒๔.๙	๔๘.๘	๒๔.๓	๒๒.๗	๔๗.๐	๒๓.๒	๒๗.๕	๕๐.๗	๒๒.๘	๒๘.๘	๕๑.๖

ที่มา: สำนักทะเบียนราษฎรผ่าน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ (www.dopa.go.th)

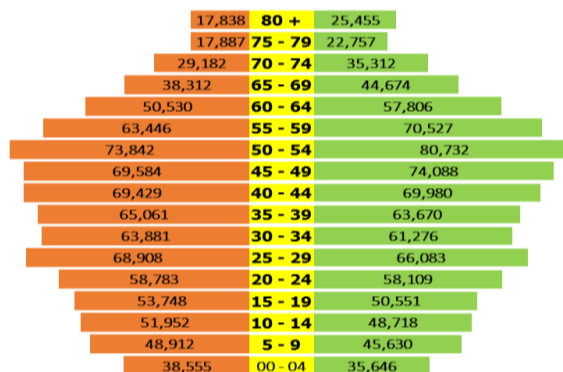
๒.๕ โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๐- ๒๕๖๔



ปิรามิดประชากร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ปิรามิดประชากร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๑



ปิรามิดประชากร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ปิรามิดประชากร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๓



ปิรามิดประชากร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

รูปที่ ๑ ปิรามิดประชากร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔

โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากร จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปิรามิดประชากรจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ ปี พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ มีความคล้ายคลึงกันในลักษณะเป็นปิรามิดประชากรแบบหดตัว (Constrictive Pyramid) โดยส่วนใหญ่ประชากรอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน รองลงมาคือ วัยผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จะเห็นได้ว่าจังหวัดขอนแก่น เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ในระดับที่ ๑ (ร้อยละ ๑๘.๙๗) ตามคานียามการแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ คือ มีจำนวนผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด ทำให้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ประชากรวัยเด็กลดลงอย่างรวดเร็วจนนำมาสู่การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุซึ่งมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของจังหวัดขอนแก่นปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ จะเห็นว่าภาพรวม จังหวัดขอนแก่นอยู่ในสถานการณ์ “สังคมสูงวัย” (Aged Society) และในอีก ๑๐ ปี ข้างหน้าจะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society)

๒.๖ข้อมูลการปกครอง จำแนกตามรายอำเภอ จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ตารางที่ ๕ ข้อมูลการปกครอง จำแนกตามรายอำเภอ จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	พื้นที่ (ตร.กม.)	ตำบล	หมู่บ้าน	ชุมชน	เทศบาล นคร	เทศบาล เมือง	เทศบาล ตำบล	อปท.	ประชากร			หลังคาเรือน
										เพศชาย	เพศหญิง	รวม	
๑	เมือง	๙๕๓.๓๙	๑๘	๒๘๒	๙๐	๑	๒	๑๐	๖	๑๙๙,๘๒๐	๒๑๕,๖๐๙	๔๑๕,๔๒๙	๑๙๙,๙๙๐
๒	บ้านฝาง	๓๓๓.๙๙	๗	๗๕	๘			๖	๒	๒๗,๒๘๑	๒๗,๖๕๒	๕๔,๙๓๓	๑๘,๓๐๕
๓	พระยืน	๑๗๑.๙๗	๕	๕๓	๒๐			๔	๒	๑๖,๘๗๘	๑๗,๘๐๘	๓๔,๖๘๖	๑๐,๗๘๘
๔	หนองเรือ	๖๗๓.๘๑	๑๐	๑๔๙	๒๐			๘	๕	๔๕,๗๗๐	๔๖,๘๘๒	๙๒,๖๕๒	๒๗,๑๓๐
๕	ชุมแพ	๕๑๐.๘๙	๑๒	๑๓๕	๔๑		๑	๖	๘	๖๑,๑๖๘	๖๒,๕๗๓	๑๒๓,๗๔๑	๔๑,๗๕๘
๖	สีชมพู	๕๒๙.๐๔	๑๐	๑๑๕	๑๐			๓	๘	๓๘,๓๒๖	๓๘,๙๐๑	๗๗,๒๒๗	๒๓,๔๓๗
๗	น้ำพอง	๘๒๘.๖๙	๑๒	๑๖๘	๒๖			๖	๘	๕๕,๙๓๓	๕๗,๒๗๘	๑๑๓,๒๑๑	๓๕,๔๙๘
๘	อุบลรัตน์	๔๘๗.๗๖	๖	๗๑	๕			๓	๔	๒๑,๙๙๒	๒๒,๓๓๕	๔๔,๓๒๗	๑๓,๗๗๖
๙	กระนวน	๓๒๒.๐๒	๙	๙๙	๑๙		๑	๓	๖	๓๘,๖๕๗	๓๙,๕๖๙	๗๘,๒๒๖	๒๔,๓๓๙
๑๐	บ้านไผ่	๔๗๗.๗๐	๑๐	๑๑๑	๒๘		๑	๑	๙	๔๘,๙๓๕	๕๐,๖๖๙	๙๙,๖๐๔	๓๔,๗๓๖
๑๑	เปือยน้อย	๑๗๒.๙๘	๔	๓๒	๘			๒	๒	๑๐,๐๔๘	๑๐,๐๕๔	๒๐,๑๐๒	๕,๖๓๕
๑๒	พล	๘๗๒.๙๔	๑๒	๑๓๒	๑๕		๑		๑๒	๔๒,๓๑๑	๔๓,๗๑๒	๘๖,๐๒๓	๒๗,๘๘๓
๑๓	วางใหญ่	๑๘๙.๐๗	๕	๕๒	๐			๑	๔	๑๔,๔๔๗	๑๔,๘๖๘	๒๙,๓๑๕	๗,๙๘๘
๑๔	วางน้อย	๒๘๓.๖๐	๖	๗๔	๗			๒	๕	๒๐,๗๕๓	๒๑,๐๐๔	๔๑,๗๕๗	๑๒,๓๖๓
๑๕	หนองสองห้อง	๕๑๔.๕๐	๑๒	๑๓๘	๗			๑	๑๒	๓๘,๑๒๘	๓๘,๗๑๑	๗๖,๘๓๙	๒๒,๗๒๐
๑๖	ภูเวียง	๙๐๗.๖๑	๑๑	๑๑๔	๗			๑	๑๑	๓๕,๖๕๑	๓๖,๒๓๙	๗๑,๘๙๐	๒๑,๕๘๔
๑๗	มีนบุรีศรี	๗๓๕.๖๙	๘	๑๑๘	๔			๒	๗	๓๔,๖๗๑	๓๕,๔๖๖	๗๐,๑๓๗	๒๒,๕๘๔
๑๘	ชนบท	๔๐๔.๒๙	๘	๘๐	๑๕			๒	๗	๒๓,๒๖๒	๒๔,๔๕๙	๔๗,๗๒๑	๑๔,๖๐๗
๑๙	เขาสวนกวาง	๓๒๙.๘๗	๕	๕๖	๑๔			๒	๔	๑๙,๐๓๖	๑๙,๑๔๒	๓๘,๑๗๘	๑๑,๕๓๓
๒๐	ภูผาม่าน	๒๘๔.๖๑	๕	๔๒	๔			๒	๔	๑๑,๕๑๙	๑๑,๕๕๖	๒๓,๐๗๕	๖,๙๙๗
๒๑	ข้าสูง	๑๑๖.๖๘	๕	๓๕	๗			๑	๔	๑๑,๕๕๕	๑๑,๙๓๖	๒๓,๔๙๑	๗,๐๒๙
๒๒	โคกโพธิ์ไชย	๒๓๘.๘๒	๔	๔๐	๖			๔	๑	๑๒,๕๒๗	๑๒,๗๐๙	๒๕,๒๓๖	๗,๘๓๖
๒๓	หนองนาคำ	๑๕๘.๙๐	๓	๓๕	๐			๒	๑	๑๑,๗๘๑	๑๑,๙๔๔	๒๓,๗๒๕	๖,๕๐๑
๒๔	บ้านแฮด	๒๐๕.๑๖	๔	๔๖	๙			๓	๒	๑๖,๒๒๖	๑๖,๕๕๘	๓๒,๗๗๔	๑๐,๓๒๐
๒๕	โนนศิลา	๑๘๒.๒๐	๕	๔๖	๑๑			๑	๔	๑๓,๓๑๑	๑๓,๓๓๙	๒๖,๖๕๐	๘,๐๑๓
๒๖	เวียงเก่า	๒๘๖	๓	๓๖	๐			๑	๒	๙,๘๖๓	๑๐,๐๕๑	๑๙,๙๑๔	๕,๕๒๖
รวม			๑๙๙	๒,๓๓๔	๓๘๑	๑	๖	๗๗	๑๔๐	๘๗๙,๘๔๙	๙๑๑,๐๑๔	๑,๗๙๐,๘๖๓	๖๒๘,๖๕๖

ที่มา: ข้อมูลการปกครองส่วนท้องถิ่น (หมู่บ้าน/ตำบล/เทศบาล) จากสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

๓. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

๓.๑ หน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข

สถานบริการด้านสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น มีโรงพยาบาลทั้งหมดจำนวน ๓๕ แห่ง ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น จำนวน ๒๖ แห่ง สถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงอื่น จำนวน ๙ แห่ง ประกอบด้วย สังกัดมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน ๒ แห่ง สังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน ๑ แห่ง สังกัดกรมอนามัย จำนวน ๑ แห่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑ แห่ง สังกัดกรมการแพทย์ จำนวน ๑ แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขเอกชน ประกอบด้วย โรงพยาบาลเอกชนจำนวน ๓ แห่ง รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ หน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวนเตียง	จำนวนแห่ง
๑. สถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
๑.๑ โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A)		
๑.๑.๑ โรงพยาบาลขอนแก่น	๑,๐๐๐	๑
๑.๒ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M๑)		
๑.๒.๑ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	๒๕๐	๑
๑.๒.๒ โรงพยาบาลชุมแพ	๒๕๐	๑
๑.๓ โรงพยาบาลชุมชน		
๑.๓.๑ ระดับ M๒	๑๒๐	๑
๑.๓.๒ ระดับ M๒	๙๐	๓
๑.๓.๓ ระดับ F๑	๙๐	๒
๑.๓.๔ ระดับ F๑	๖๐	๒
๑.๓.๕ ระดับ F๒	๖๐	๒
๑.๓.๖ ระดับ F๒	๓๐	๔
๑.๓.๗ ระดับ F๓ (เปิดบริการเฉพาะผู้ป่วยนอก)	๑๐	๔
๑.๔ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	-	๒๔๘
๑.๕ ศูนย์แพทย์/ศูนย์สุขภาพชุมชน (สังกัดโรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย ๑) ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง, ๒) ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร, ๓) ศูนย์แพทย์มิตรภาพ, ๔) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกง, ๕) ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองไผ่, ๖) ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวงพระอารามหลวง, ๗) หน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง)	-	๗
๑.๖ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๗	๑๐	๑
๑.๗ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น	๒๔๐	๑
๑.๘ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	๒๕๐	๑

ตารางที่ ๖ หน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวนเตียง	จำนวนแห่ง
๒. สถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงอื่น		
๒.๑ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	๑,๒๒๐	๑
๒.๒ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ	๒๐๐	๑
๒.๓ โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร	๓๐	๑
๒.๔ ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น ๑) ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ ๑ เทศบาลนครขอนแก่น ๒) ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ ๓ บ้านโนนชัย ๓) ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ ๕ บ้านหนองใหญ่	-	๓
๒.๕ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		๒๔๘
๓. สถานบริการสาธารณสุขเอกชน		
๓.๑ โรงพยาบาลเอกชน ๓ แห่ง ได้แก่		
๓.๑.๑ โรงพยาบาลขอนแก่นราม	๑๙๙	๑
๓.๑.๒ โรงพยาบาลราชพฤกษ์	๑๙๘	๑
๓.๑.๓ โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น	๑๒๖	๑
๓.๒ คลินิกเวชกรรม	-	๒๕๘
๓.๓ คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง	-	๑๐๙
๓.๔ คลินิกทันตกรรม	-	๑๐๐
๓.๕ คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง	-	๙
๓.๖ คลินิกเทคนิคการแพทย์	-	๑๓
๓.๗ คลินิกกายภาพบำบัด	-	๑๐
๓.๘ คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์	-	๑๔๕
๓.๙ คลินิกการแพทย์แผนไทย	-	๑๗
๓.๑๐ คลินิกการประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน	-	๕
๓.๑๑ คลินิกการประกอบโรคศิลปะรังสีเทคนิค	-	๑
๓.๑๒ คลินิกการประกอบโรคศิลปะจิตวิทยาคลินิก	-	๑
๓.๑๓ คลินิกการประกอบโรคศิลปะกายอุปกรณ์	-	๑
๓.๑๔ สหคลินิก	-	๘
๓.๑๕ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	-	๓๔๔
๓.๑๖ ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ	-	๔๙
๓.๑๗ ร้านขายยาแผนโบราณ	-	๔๕
๓.๑๘ ร้านขายยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ฯ (ขย๓)	-	๒๑
๓.๑๙ โรงงานผลิตยาแผนโบราณ (ผยบ)	-	๑๓
๓.๒๐ สถานที่นำเข้ายาแผนปัจจุบัน	-	๑

ตารางที่ ๖ หน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวนเตียง	จำนวนแห่ง
๔. หน่วยงานบริหารและศูนย์วิชาการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
๔.๑ หน่วยงานบริหารและศูนย์วิชาการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	-	๑
๔.๒ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-	๒๖
๔.๓ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗	-	๑
๔.๔ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น	-	๑
๔.๕ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	-	๑
๔.๖ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗	-	๑
๔.๗ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	-	๑
๔.๘ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗	-	๑
๔.๙ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ขอนแก่น	-	๑
๔.๑๐ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต ๗ จังหวัดขอนแก่น	-	๑
๔.๑๑ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-	๑



ตารางที่ ๗ จำนวนหน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

ลำดับ	อำเภอ	โรงพยาบาล	ประเภท	ระดับ	จำนวนเตียง	รพ.ภาครัฐ (แห่ง)	รพ.เอกชน (แห่ง)	ศสม. (แห่ง)	PCU/ ศูนย์แพทย์/ศูนย์บริการสาธารณสุข
๑	เมือง	รพ.ขอนแก่น	รพศ.	A	๑,๐๐๐	๗	๓	๕	๑๐
๒	บ้านแฮด	รพ.สิรินธร จังหวัดขอนแก่น	รพท.	M๑	๒๕๐	๑	๐	๐	๑
๓	ชุมแพ	รพ.ชุมแพ	รพท.	M๑	๒๕๐	๑	๐	๑	๒
๔	น้ำพอง	รพ.น้ำพอง	รพช.	M๒	๑๒๐	๑	๐	๐	๑
๕	กระนวน	รพ.กระนวน	รพช.	M๒	๙๐	๑	๐	๐	๑
๖	บ้านไผ่	รพ.บ้านไผ่	รพช.	M๒	๙๐	๑	๐	๐	๓
๗	พล	รพ.พล	รพช.	M๒	๙๐	๑	๐	๐	๑
๘	หนองเรือ	รพ.หนองเรือ	รพช.	F๑	๙๐	๑	๐	๐	๑
๙	มัญจาคีรี	รพ.มัญจาคีรี	รพช.	F๑	๙๐	๑	๐	๐	๑
๑๐	ภูเวียง	รพ.ภูเวียง	รพช.	F๑	๖๐	๑	๐	๐	๑
๑๑	หนองสองห้อง	รพ.หนองสองห้อง	รพช.	F๑	๖๐	๑	๐	๐	๑
๑๒	สีชมพู	รพ.สีชมพู	รพช.	F๒	๖๐	๑	๐	๐	๑
๑๓	อุบลรัตน์	รพ.อุบลรัตน์	รพช.	F๒	๖๐	๑	๐	๐	๑
๑๔	บ้านฝาง	รพ.บ้านฝาง	รพช.	F๒	๓๐	๑	๐	๐	๑
๑๕	พระยืน	รพ.พระยืน	รพช.	F๒	๓๐	๑	๐	๐	๑
๑๖	เปือยน้อย	รพ.เปือยน้อย	รพช.	F๒	๓๐	๑	๐	๐	๑
๑๗	แวงใหญ่	รพ.แวงใหญ่	รพช.	F๒	๓๐	๑	๐	๐	๑
๑๘	แวงน้อย	รพ.แวงน้อย	รพช.	F๒	๓๐	๑	๐	๐	๑
๑๙	ชนบท	รพ.ชนบท	รพช.	F๒	๓๐	๑	๐	๐	๑
๒๐	เขาสวนกวาง	รพ.เขาสวนกวาง	รพช.	F๒	๓๐	๑	๐	๐	๑
๒๑	ภูผาม่าน	รพ.ภูผาม่าน	รพช.	F๒	๓๐	๑	๐	๐	๑
๒๒	ซำสูง	รพ.ซำสูง	รพช.	F๒	๓๐	๑	๐	๐	๑
๒๓	โนนศิลา	รพ.โนนศิลา	รพช.	F๓	๑๐	๑	๐	๐	๑
๒๔	โคกโพธิ์ไชย	รพ.โคกโพธิ์ไชย	รพช.	F๓	๑๐	๑	๐	๐	๑
๒๕	เวียงเก่า	รพ.เวียงเก่า	รพช.	F๓	๑๐	๑	๐	๐	๑
๒๖	หนองนาคำ	รพ.หนองนาคำ	รพช.	F๓	๑๐	๑	๐	๐	๑
รวมทั้งหมด					๒,๖๒๐	๓๒	๓	๖	๓๘

๔. สถิติชีพ

ข้อมูลสถิติชีพ จังหวัดขอนแก่น จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมและประเมินผลสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จังหวัดขอนแก่น มีเด็กเกิดมีชีพทั้งหมด จำนวน ๑๓,๑๐๗ คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ๖,๘๗๑ คน (ร้อยละ ๕๒.๔๒) เพศหญิง ๖,๒๓๖ คน (ร้อยละ๔๗.๕๘) สัดส่วนจำนวนการเกิดมีชีพเพศชายต่อเพศหญิง ๑ : ๑.๑๐

๔.๑ อัตราการเกิดมีชีพจากข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี (ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) พบว่า การเกิดมีชีพปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวนการเกิดมีชีพ ๑๖,๖๕๖ คน (คิดเป็นอัตราการเกิดมีชีพเท่ากับ ๙.๒๔ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน) ซึ่งจำนวนการเกิดมีชีพมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ ปี พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ จำนวน ๑๕,๕๔๕, ๑๔,๔๔๐ และ ๑๒,๖๐๑ คน (คิดเป็นอัตราการเกิดมีชีพเท่ากับ ๘.๖๒ , ๘.๐๑ และ ๗.๐๒ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน) ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็น ๑๓,๑๐๗ คน (คิดเป็นอัตราการเกิดมีชีพเท่ากับ ๗.๓๒ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔

๔.๒ อัตราตาย พบว่า การตาย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวนการตายจำนวน ๑๓,๖๔๘ คน (คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ ๗.๖๙ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน) ซึ่งจำนวนการตายมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ จำนวน๑๓,๗๔๘, ๑๔,๕๕๔ และ ๑๔,๖๙๓ คน (คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ ๗.๖๓, ๘.๐๗ และ ๘.๑๙ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน)ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็น ๑๕,๖๗๗ คน (คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ ๘.๗๕ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔

๔.๓ อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ พบว่า ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ มีแนวโน้มลดลงจำนวน ๓,๐๐๘, ๑,๗๙๗, -๑๑๔, -๒,๐๙๒ และ -๒,๕๗๐ คน คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ๐.๑๗, ๐.๑๐, -๐.๐๑, -๐.๑๒ และ -๐.๑๔ ตามลำดับ เนื่องจากประชากรจังหวัดขอนแก่น มีอัตราประชากรเกิดใหม่ลดน้อยลงกว่าอัตราการตาย รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๘

ตารางที่ ๘ จำนวนและอัตรา การเกิดมีชีพ การตาย อัตราเพิ่ม และดัชนีชีพ จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔

ปี พ.ศ.	อัตราการเกิดมีชีพ		อัตราตาย		อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ		ดัชนีชีพ
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	อัตรา
๒๕๖๐	๑๖,๖๕๖	๙.๒๔	๑๓,๖๔๘	๗.๕๗	๓,๐๐๘	๐.๑๗	๑๒๒.๐๔
๒๕๖๑	๑๕,๕๔๕	๘.๖๒	๑๓,๗๔๘	๗.๖๓	๑,๗๙๗	๐.๑๐	๑๑๓.๐๗
๒๕๖๒	๑๔,๔๔๐	๘.๐๑	๑๔,๕๕๔	๘.๐๗	-๑๑๔	-๐.๐๑	๙๙.๒๒
๒๕๖๓	๑๒,๖๐๑	๗.๐๒	๑๔,๖๙๓	๘.๑๙	-๒,๐๙๒	-๐.๑๒	๘๕.๗๖
๒๕๖๔	๑๓,๑๐๗	๗.๓๒	๑๕,๖๗๗	๘.๗๕	-๒,๕๗๐	-๐.๑๔	๘๓.๖๑

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขรวบรวมและประเมินผลจากสำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยข้อมูล ๑ มกราคม - ๓๑ ธันวาคม ของปี

หมายเหตุ ๑. อัตราการเกิดมีชีพ และอัตราตาย ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร

๒. อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ ต่อร้อยละประชากร

๔.๔ อัตราการตาย พบว่า ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวนการตาย ๑๐๙ คน (คิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ ๖.๕๔ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวน ๑๑๐ คน (คิดเป็นอัตราการตาย เท่ากับ ๗.๐๘ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน) และมีแนวโน้มลดลงใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ จำนวน ๔๐, ๖๑ และ ๔๙ คน (คิดเป็นอัตราการตาย เท่ากับ ๒.๐๘, ๔.๘๔ และ ๓.๗๔ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน) ตามลำดับ

๔.๕ อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี พบว่าการตายของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวน เด็กตาย ๑๕๓ คน (คิดเป็นอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี เท่ากับ ๙.๑๙ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน) โดยมีแนวโน้มลดลงจนถึง ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๑๔๑, ๕๓, ๙๕ และ ๘๐ คน (คิดเป็นอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี เท่ากับ ๙.๐๗, ๓.๗๐, ๗.๕๔ และ ๖.๑๐ ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน) ตามลำดับ

๔.๖ อัตราตายมารดา พบว่า ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวนมารดาตาย จำนวน ๑ คน (คิดเป็นอัตราตายมารดาเท่ากับ ๖.๐๐ ต่อหนึ่งแสนประชากร) และเพิ่มขึ้นใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวน ๒ คน (คิดเป็นอัตราตายมารดาเท่ากับ ๑๒.๘๗ ต่อหนึ่งแสนประชากร) และมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ จำนวน ๐, ๑ และ ๐ คน (คิดเป็นอัตราตายมารดา เท่ากับ ๐, ๗.๙๔ และ ๐ ต่อหนึ่งแสนประชากร) ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๙

ตารางที่ ๙ จำนวนและอัตราการตาย อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี และอัตราตายมารดา จังหวัดขอนแก่นปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔

ปี พ.ศ.	อัตราการตาย		อัตราตายเด็ก อายุต่ำกว่า ๕ ปี		อัตราตายมารดา	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๒๕๖๐	๑๐๙	๖.๕๔	๑๕๓	๙.๑๙	๑	๖.๐๐
๒๕๖๑	๑๑๐	๗.๐๘	๑๔๑	๙.๐๗	๒	๑๒.๘๗
๒๕๖๒	๔๐	๒.๐๘	๕๓	๓.๗๐	๐	๐.๐๐
๒๕๖๓	๖๑	๔.๘๔	๙๕	๗.๕๔	๑	๗.๙๔
๒๕๖๔	๔๙	๓.๗๔	๘๐	๖.๑๐	๐	๐.๐๐

หมายเหตุ: ๑. มารดาตาย คือ การตายเนื่องจากการคลอดและภาวะแทรกในการมีครรภ์และระยะอยู่ไฟ (ภายใน ๖ สัปดาห์หลังคลอด)

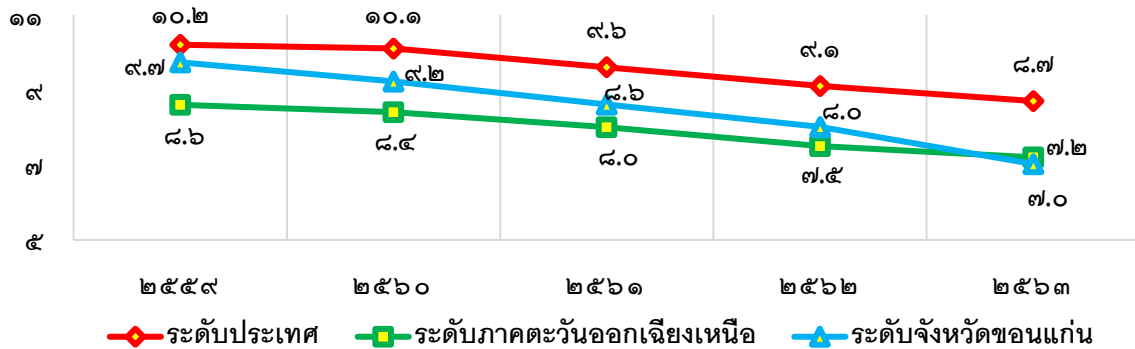
๒. อัตราการตาย ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน และมารดาตาย ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน

ตารางที่ ๑๐ จำนวนและอัตรา การเกิดมีชีพ การตาย ทารกตาย เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี และมารดาตาย จังหวัดขอนแก่นปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓

สถิติชีพ	จำแนกระดับ	ปี พ.ศ. ๒๕๕๙		ปี พ.ศ. ๒๕๖๐		ปี พ.ศ. ๒๕๖๑		ปี พ.ศ. ๒๕๖๒		ปี พ.ศ. ๒๕๖๓	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อัตราการเกิดมีชีพ (ต่อ๑,๐๐๐ ประชากร)	ประเทศ	๖๖๖,๒๐๗	๑๐.๒	๖๕๖,๕๗๑	๑๐.๑	๖๒๘,๔๕๐	๙.๖	๕๙๖,๗๓๖	๙.๑	๕๖๙,๓๓๘	๘.๗
	ภาค	๑๘๗,๘๓๐	๘.๖	๑๘๔,๓๓๒	๘.๔	๑๗๕,๒๙๖	๘.๐	๑๖๔,๐๗๗	๗.๕	๑๕๗,๒๕๔	๗.๒
	จังหวัด	๑๗,๕๓๖	๙.๗	๑๖,๖๕๖	๙.๒	๑๕,๕๔๕	๘.๖	๑๔,๔๔๐	๘.๐	๑๒,๖๐๑	๗.๐
อัตราตาย (ต่อ๑,๐๐๐ ประชากร)	ประเทศ	๔๖๙,๐๘๕	๗.๒	๔๕๘,๐๑๐	๗.๐	๔๖๑,๘๑๘	๗.๑	๔๙๔,๓๓๙	๗.๕	๔๘๙,๗๑๗	๗.๕
	ภาค	๑๔๙,๓๕๔	๖.๘	๑๔๘,๓๓๙	๖.๘	๑๔๗,๙๐๓	๖.๗	๑๕๙,๕๓๒	๗.๓	๑๖๑,๐๑๙	๗.๔
	จังหวัด	๑๓,๘๖๘	๗.๗	๑๓,๖๔๘	๗.๖	๑๓,๗๔๘	๗.๖	๑๔,๕๕๔	๘.๑	๑๔,๖๙๓	๘.๒
อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (ร้อยละ)	ประเทศ	๑๘๗,๑๒๒	๐.๑	๑๘๘,๕๖๑	๐.๑	๑๖๖,๖๓๒	๐.๓	๑๐๒,๓๙๗	๐.๒	๔๑๒,๐๘๔	๐.๒
	ภาค	๓๘,๔๗๖	๐.๐๒	๓๕,๙๙๓	๐.๐๒	๒๗,๓๙๓	๐.๑	๔,๕๔๕	๐.๐๒	- ๓,๗๖๕	- ๐.๐๐๒
	จังหวัด	๓,๖๖๘	๐.๒	๓,๐๐๘	๐.๒	๑,๗๙๗	๐.๑	-๑๑๔	-๐.๐๑	-๒,๐๙๒	-๐.๑
อัตราทารกตาย (ต่อ ๑,๐๐๐การเกิดมีชีพ)	ประเทศ	๔,๒๓๓	๖.๔	๓,๘๖๑	๕.๙	๓,๘๐๐	๖.๐	๓,๓๙๓	๕.๖	๒,๘๗๖	๕.๑
	ภาค	๑,๐๒๔	๕.๕	๑,๐๐๖	๕.๕	๙๘๖	๕.๖	๘๔๒	๕.๑	๗๕๑	๔.๘
	จังหวัด	๙๑	๕.๑๙	๑๐๙	๖.๕	๑๑๐	๗.๑	๓๐	๒.๑	๖๑	๔.๘
อัตราตายเด็กอายุต่ำ กว่า ๕ ปี (ต่อ ๑,๐๐๐การเกิดมีชีพ)	ประเทศ	๕,๘๖๐	๘.๘	๕,๓๕๒	๘.๒	๕,๓๐๒	๘.๔	๔,๖๙๐	๗.๙	๓,๙๖๐	๗.๐
	ภาค	๑,๔๙๑	๗.๙	๑,๔๖๓	๗.๙	๑,๔๒๘	๘.๑	๑,๒๑๙	๗.๔	๑,๐๘๓	๖.๙
	จังหวัด	๑๓๗	๗.๘	๑๕๓	๙.๒	๑๔๑	๙.๑	๕๓	๓.๗	๙๕	๗.๕
อัตราตายมารดา (ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร)	ประเทศ	๑๗๗	๒๖.๖	๑๔๓	๒๑.๘	๑๒๕	๑๙.๙	๑๓๔	๒๒.๕	๑๔๓	๒๕.๑
	ภาค	๓๔	๑๘.๑	๓๒	๑๗.๔	๓๒	๑๘.๓	๒๕	๑๕.๒	๓๘	๒๔.๒
	จังหวัด	๒	๑๑.๔	๑	๖.๐	๒	๑๒.๙	๐	๐.๐	๑	๗.๙

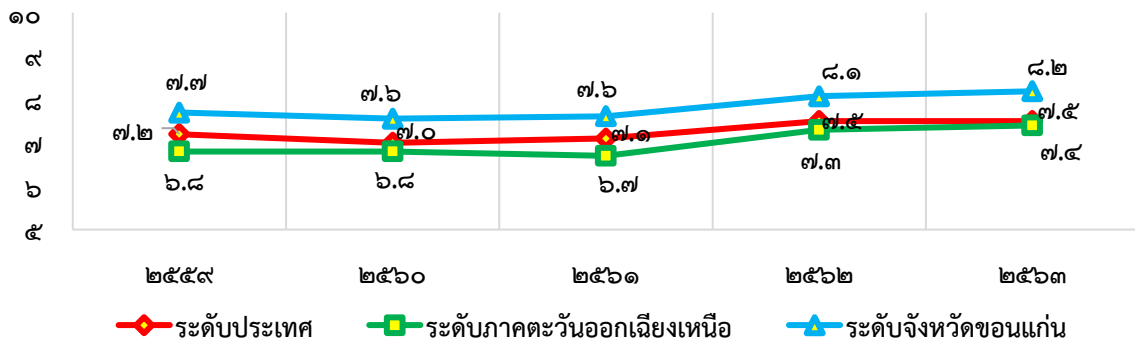
ที่มา: จำนวนการเกิด – ตาย, ทารกตาย, เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีตาย และดัชนีชีพ จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขรวบรวมและประเมินผลจากสำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
ข้อมูล ๑ มกราคม-๓๑ ธันวาคม ของปี

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดมีชีพ (ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร) ระหว่างจังหวัดขอนแก่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และประเทศปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓ พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีอัตราการเกิดมีชีพเท่ากับ ๙.๘, ๙.๓, ๘.๖, ๘.๐ และ ๗.๐ (ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร) ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ และพบว่าอัตราเกิดต่ำกว่าระดับประเทศ และระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รายละเอียดแสดงดังรูปที่ ๒ อัตรา



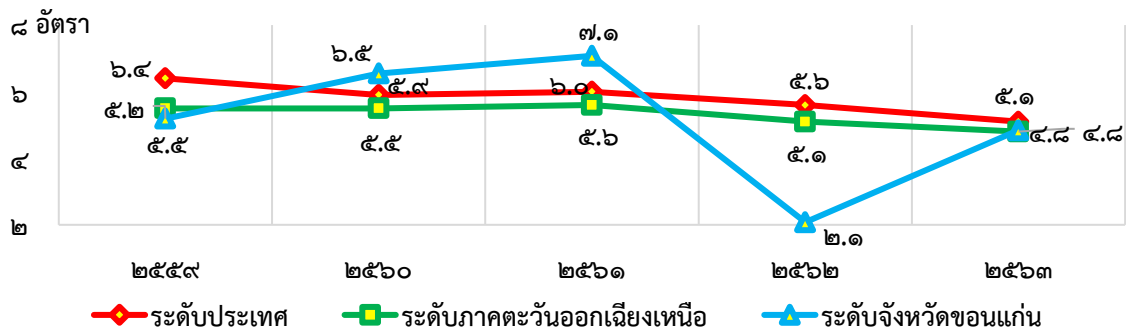
รูปที่ ๒ เปรียบเทียบอัตราเกิดของประชากร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓

เมื่อเปรียบเทียบอัตราราย (ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร) ระหว่างจังหวัดขอนแก่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และประเทศ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓ พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีอัตรารายตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ มีแนวโน้มลดลง เท่ากับ ๗.๗, ๗.๖ และ ๗.๖ (ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร) ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ เท่ากับ ๘.๑ และ ๘.๒ (ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร) ซึ่งอัตรารายสูงกว่าระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับประเทศ รายละเอียดแสดงดังรูปที่ ๓ อัตรา



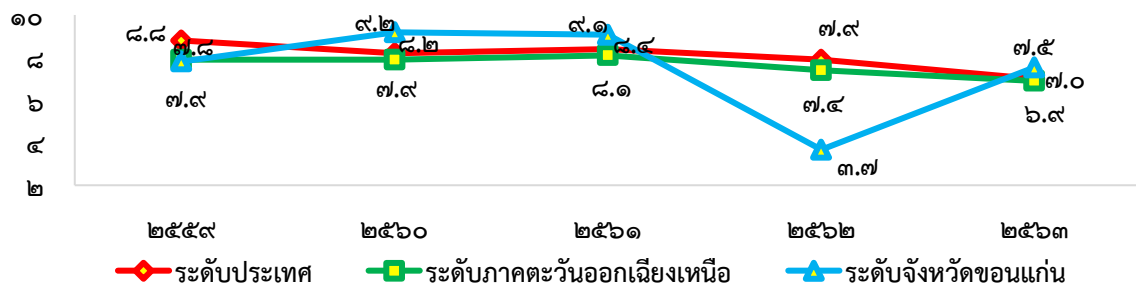
รูปที่ ๓ เปรียบเทียบอัตรารายของประชากร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓

เมื่อเปรียบเทียบทารกตาย (ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ) ระหว่างจังหวัดขอนแก่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและประเทศ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓ พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีอัตรารายตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ ๕.๒, ๖.๕ และ ๗.๑ (ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ) ตามลำดับ และลดลงเป็น ๖.๑ (ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ) ใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ และเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็น ๔.๘ (ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่า อัตราทารกตายต่ำกว่าระดับประเทศ รายละเอียดแสดงดังรูปที่ ๔



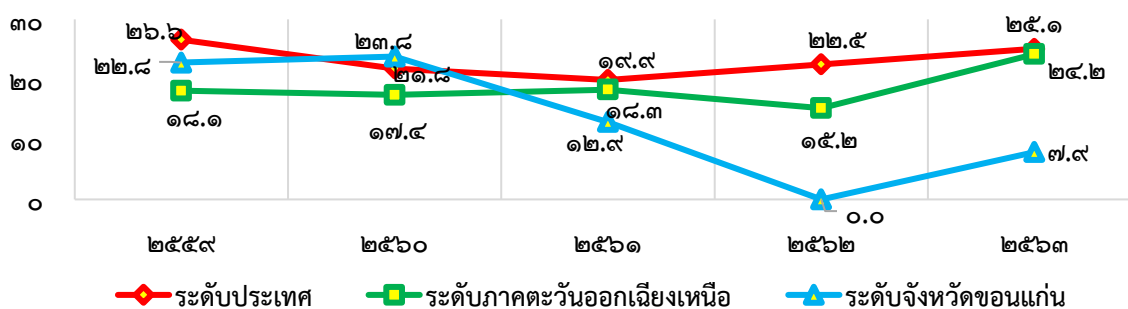
รูปที่ ๔ เปรียบเทียบทารกตาย จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓

เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี (ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ) ระหว่างจังหวัดขอนแก่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และประเทศ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓ พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ ๗.๘, ๙.๒ และ ๙.๑ (ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ) ตามลำดับ และลดลง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เท่ากับ ๓.๗ (ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ) และเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็น ๖.๙ (ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่าอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ต่ำกว่าระดับ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับประเทศรายละเอียดแสดงดังรูปที่ ๕



รูปที่ ๕ เปรียบเทียบอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓

เมื่อเปรียบเทียบอัตรามารดาตาย (ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร) ระหว่างจังหวัดขอนแก่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และประเทศ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓ พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีอัตรามารดาตาย เท่ากับ ๒๒.๘, ๒๓.๘, ๑๒.๙ และ ๐ (ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร) ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็น ๗.๙ (ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร) ในปี ๒๕๖๓ และสูงกว่ากว่าระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับประเทศ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๙ กับ ๒๕๖๐ และต่ำกว่าระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ รายละเอียดแสดงดังรูปที่ ๖



รูปที่ ๖ เปรียบเทียบอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓

๕. สถานะสุขภาพ

๕.๑ อายุคาดเฉลี่ย

ตารางที่ ๑๑ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ ๖๐ ปี (Life Expectancy : LE at Birth and Life Expectancy at age ๖๐ year) จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๐- ๒๕๖๔

ปี พ.ศ.	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด(ปี)			อายุคาดเฉลี่ยเมื่อ ๖๐ปี(ปี)		
	ชาย	หญิง	ภาพรวม	ชาย	หญิง	ภาพรวม
๒๕๖๐	๗๒.๐๐	๗๙.๘๓	๗๕.๘๑	๒๐.๙๓	๒๓.๖๒	๒๒.๓๔
๒๕๖๑	๗๒.๓๖	๘๐.๐๘	๗๖.๑๒	๒๑.๐๓	๒๔.๑๓	๒๒.๖๔
๒๕๖๒	๗๒.๒๕	๗๙.๓๔	๗๕.๗๐	๒๐.๘๑	๒๓.๔๑	๒๒.๑๕
๒๕๖๓	๗๒.๓๓	๘๐.๖๑	๗๖.๓๔	๒๑.๒๔	๒๔.๑๐	๒๒.๗๓
๒๕๖๔	๗๑.๗๖	๘๐.๕๑	๗๕.๘๘	๒๐.๘๘	๒๔.๒๓	๒๒.๖๑

ที่มา: งานข้อมูล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ ๑๒ เปรียบเทียบอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรในระดับจังหวัดขอนแก่นกับประเทศ จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓

ปี พ.ศ.	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด(ปี)			
	ชาย		หญิง	
	ประเทศ	จังหวัดขอนแก่น	ประเทศ	จังหวัดขอนแก่น
๒๕๖๐	๗๒.๐	๗๒.๐	๗๘.๖๐	๗๙.๘
๒๕๖๑	๗๒.๒	๗๒.๔	๗๘.๘	๘๐.๑
๒๕๖๒	๗๓.๐	๗๒.๓	๗๘.๙	๗๙.๓
๒๕๖๓	๗๑.๖	๗๒.๓	๗๘.๔	๘๐.๖

ที่มา: งานข้อมูล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ ๑๓ เปรียบเทียบอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของการมีสุขภาพดีของประชากรจังหวัดขอนแก่น
จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔

ปี พ.ศ.	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (ปี)		
	ชาย	หญิง	ภาพรวม
๒๕๖๐	๖๖.๑๘	๗๒.๕๑	๖๙.๒๗
๒๕๖๑	๖๖.๔๘	๗๒.๖๕	๖๙.๔๙
๒๕๖๒	๖๖.๔๑	๗๒.๑๔	๖๙.๒๐
๒๕๖๓	๖๖.๔๓	๗๓.๑๓	๖๙.๖๗
๒๕๖๔	๖๕.๙๘	๗๓.๐๒	๖๙.๓๘

ที่มา: งานข้อมูล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข

๕.๒ การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากร (Year Of Life Lost : YLL)

ความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรจังหวัดขอนแก่น (Year Of Life Lost : YLL) ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ พบว่า มีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรทั้งหมดเท่ากับ ๓๐๙,๖๐๖,๓๑๑,๙๗๓ และ ๓๓๖,๓๕๓ ปี ตามลำดับ เมื่อพิจารณา ๓ ปีย้อนหลัง จังหวัดขอนแก่น มีแนวโน้มจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากร (Year of Life Lost : YLL) ทั้งหมด ๙๕๗,๙๓๒ ปี พบว่า ๕ โรคที่เป็นสาเหตุหลักทำให้สูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรมาจากโรคปอดบวม จำนวน ๗๓,๕๓๕ ปี (ร้อยละ ๗.๖๘) รองลงมา หลอดเลือดสมอง จำนวน ๕๕,๒๑๐ ปี (ร้อยละ ๕.๗๖) ไตวาย จำนวน ๕๔,๑๘๑ (ร้อยละ ๕.๖๖) โลหิตเป็นพิษ จำนวน ๔๗,๑๗๐ ปี (ร้อยละ ๔.๙๒) และมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ จำนวน ๓๘,๕๐๐ ปี (ร้อยละ ๔.๐๒) รายละเอียดแสดงดัง ตารางที่ ๑๔

ตารางที่ ๑๔ ๑๐ อันดับโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของ
ประชากรจังหวัดขอนแก่น (Year of Life Lost : YLL) ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔

ลำดับ	รหัสโรค	กลุ่มโรค	๒๕๖๒ YLLs	๒๕๖๓ YLLs	๒๕๖๔ YLLs
๑	J๑๒ - J๑๘	ปอดบวม	๒๔,๗๗๒	๒๓,๕๔๑	๒๕,๒๒๒
๒	I๖๐ - I๖๙	หลอดเลือดในสมอง	๑๖,๓๗๐	๑๘,๕๑๐	๒๐,๓๓๐
๓	N๑๖ - N๑๙	ไตวาย	๑๗,๐๙๔	๑๗,๘๗๖	๑๙,๒๑๑
๔	A๔๐ - A๔๑	โลหิตเป็นพิษ	๑๖,๒๖๕	๑๔,๕๔๗	๑๖,๓๕๘
๕	C๒๒	มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ	๑๑,๙๐๖	๑๓,๐๓๗	๑๓,๕๕๗
๖	K๗๐ - K๗๖	โรคของตับ	๙,๘๓๗	๑๐,๓๓๖	๑๐,๗๘๕
๗	E๑๐ - E๑๔	เบาหวาน	๙,๐๘๒	๘,๗๙๙	๑๐,๑๐๓
๘	I๒๐ - I๒๕	โรคหลอดเลือดหัวใจ	๗,๖๙๓	๘,๒๓๖	๘,๗๒๗
๙	C๓๓ - C๓๔	เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด	๗,๐๒๙	๗,๔๗๐	๗,๕๔๐
๑๐	G๓๑	ภาวะเสื่อมของระบบประสาท	๗,๙๑๗	๖,๒๙๓	๖,๐๔๘

จากคามสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า มีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรทั้งหมดเท่ากับ ๓๓๖,๓๕๓ปี ส่วนใหญ่คามสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรเป็นเพศชาย ๒๐๔,๙๓๘ ปี พบ ๕ อันดับโรคที่เป็นสาเหตุหลักคือ ปวดบวม รองลงมาคือ หลอดเลือดสมอง ไตวาย มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ และโลหิตเป็นพิษ และเพศหญิง ๑๒๒,๓๗๗ ปี พบ ๕ อันดับโรคที่เป็นสาเหตุหลักคือ ปวดบวม รองลงมาคือ ไตวาย หลอดเลือดสมอง และโลหิตเป็นพิษ และเบาหวาน รายละเอียด แสดงดังตารางที่ ๑๕

เมื่อพิจารณาจากคามสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จำแนกตามกลุ่มวัย พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรจังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน (๑๕ – ๕๙ ปี) เท่ากับ ๑๗๓,๐๓๙ ปี รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) เท่ากับ ๑๕๓,๑๓๘ ปี และน้อยที่สุดคือ กลุ่มเด็กปฐมวัย (๑ – ๔ ปี) เท่ากับ ๑,๙๕๗ ปี ตามลำดับรายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๑๖

ตารางที่ ๑๕ ๑๐ อันดับโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรจังหวัดขอนแก่น จำแนกตามเพศ (Year of Life Lost : YLL)ปี พ.ศ.๒๕๖๔

ลำดับ	กลุ่มโรค	ชาย	ลำดับ	กลุ่มโรค	หญิง
		๒๕๖๔ YLLs			๒๕๖๔ YLLs
๑	ปวดบวม (J๑๒ - J๑๘)	๑๕,๑๓๖	๑	ปวดบวม (J๑๒ - J๑๘)	๙,๔๗๓
๒	หลอดเลือดในสมอง (I๖๐ - I๖๙)	๑๒,๓๕๙	๒	ไตวาย(N๑๖ - N๑๙)	๘,๕๐๘
๓	ไตวาย (N๑๖ - N๑๙)	๑๐,๓๘๘	๓	หลอดเลือดในสมอง (I๖๐ - I๖๙)	๗,๔๓๔
๔	มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ (C๒๒)	๑๐,๓๓๘	๔	โลหิตเป็นพิษ (A๔๐ - A๔๑)	๗,๐๙๘
๕	โลหิตเป็นพิษ (A๔๐ - A๔๑)	๘,๙๖๗	๕	เบาหวาน (E๑๐ - E๑๔)	๕,๓๒๔
๖	โรคของตับ (K๗๐ - K๗๖)	๘,๒๖๘	๖	ภาวะเสื่อมของระบบประสาท (G๓๑)	๓,๕๕๗
๗	โรคหลอดเลือดหัวใจ (I๒๐ - I๒๕)	๕,๔๕๐	๗	มะเร็งเต้านม (C๕๐)	๓,๑๔๙
๘	เบาหวาน (E๑๐ - E๑๔)	๔,๖๙๑	๘	โรคหลอดเลือดหัวใจ (I๒๐ - I๒๕)	๓,๐๓๐
๙	มะเร็งที่หลอดคอหลอดลมใหญ่และปอด (C๓๓ - C๓๔)	๔,๖๐๘	๙	มะเร็งที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C๓๓ - C๓๔)	๒,๗๑๑
๑๐	ภาวะเสื่อมของระบบประสาท (G๓๑)	๒,๔๑๐	๑๐	มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ (C๒๒)	๒,๕๐๑

ตารางที่ ๑๖ จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรจังหวัดขอนแก่น
จำแนกตามอายุ (Year of Life Lost : YLL) ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ช่วงอายุ	จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs)			
	เพศชาย	เพศหญิง	ภาพรวม	กลุ่มวัย
๐	๒,๓๖๘	๑,๒๘๘	๓,๖๕๖	วัยแรกเกิด (๐ ปี) = ๓,๖๕๖ ปี
๐๑ - ๐๔	๑,๐๖๗	๘๗๗	๑,๙๔๔	วัยเด็กปฐมวัย (๑ - ๔ ปี) = ๑,๙๔๔ ปี
๐๕ - ๐๙	๘๗๔	๖๘๓	๑,๕๕๗	วัยเรียน (๕ - ๙ ปี) = ๔,๔๙๖ ปี
๑๐ - ๑๔	๑,๘๐๘	๑,๐๖๔	๒,๘๗๒	
๑๕ - ๑๙	๓,๗๙๕	๑,๘๘๑	๕,๖๗๖	
๒๐ - ๒๔	๖,๒๘๘	๑,๘๙๘	๘,๑๘๖	วัยรุ่น (๑๕ - ๒๔ ปี) = ๑๔,๔๕๑ ปี วัยทำงาน (๑๕ - ๕๙ ปี) = ๑๗๓,๐๓๙ ปี
๒๕ - ๒๙	๗,๓๕๐	๒,๓๑๑	๙,๖๖๑	
๓๐ - ๓๔	๘,๙๙๒	๓,๑๔๔	๑๒,๑๓๖	
๓๕ - ๓๙	๑๑,๗๔๒	๔,๔๔๔	๑๖,๑๘๖	
๔๐ - ๔๔	๑๖,๒๐๘	๕,๔๓๓	๒๑,๖๔๑	
๔๕ - ๔๙	๒๐,๓๑๒	๗,๙๘๓	๒๘,๒๙๕	วัยผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) = ๑๕๓,๑๓๘ ปี
๕๐ - ๕๔	๒๒,๗๑๒	๙,๑๓๗	๓๑,๘๔๙	
๕๕ - ๕๙	๒๑,๔๑๔	๑๐,๘๖๔	๓๒,๒๗๘	
๖๐ - ๖๔	๒๐,๒๗๐	๑๑,๔๑๐	๓๑,๖๘๐	
๖๕ - ๖๙	๑๗,๘๐๑	๑๓,๖๖๘	๓๑,๔๖๙	
๗๐ - ๗๔	๑๕,๒๖๗	๑๓,๗๙๖	๒๙,๐๖๓	
๗๕ - ๗๙	๑๑,๓๒๐	๑๑,๒๓๘	๒๒,๕๕๘	
๘๐ - ๘๔	๗,๙๐๒	๙,๗๙๐	๑๗,๖๙๒	
๘๕+	๗,๔๔๗	๑๑,๓๗๐	๑๘,๘๑๗	
รวม	๒๐๔,๙๓๘	๑๒๒,๓๗๗	๓๒๗,๓๑๕	

เมื่อพิจารณาจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มวัยแรกเกิด (อายุ ๐ ปี) ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรเพศชาย และเพศหญิง เท่ากับ ๓,๖๕๖, ๔,๖๔๕ และ ๒,๖๖๐ ปี ตามลำดับโดยสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะคือ ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และระบบหายใจปริกำเนิด สาเหตุรองลงมาคือ ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ, การติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด,ทารกได้รับผลจากการตั้งครรภ์ การคลอด และความผิดปกติที่พบในปริกำเนิด ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๑๗

ตารางที่ ๑๗ จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มวัยแรกเกิด (อายุ ๐ ปี) จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๒– ๒๕๖๔ จำแนกตามเพศ

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒			ปี พ.ศ. ๒๕๖๓			ปี พ.ศ. ๒๕๖๔		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
๑	ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และระบบหายใจปริกำเนิด (P๒๐ – P๒๙)	๗๒๓	๗๙	๘๐๒	๑,๘๗๗	๙๖๔	๒,๘๔๑	๓๕๙	๓๒๒	๖๘๑
๒	ความผิดปกติของความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ (Q๐๐ – Q๙๙)	๗๒๓	๑,๐๓๑	๑,๗๕๔	๕๗๘	๔๐๒	๙๘๐	๒๘๗	๔๐๓	๖๙๐
๓	การติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด (P๓๖๙)	๗๒	๐	๗๒	๑๔๔	๘๐	๒๒๔	๔๓๑	๘๑	๕๑๒
๔	ทารกได้รับผลจากการตั้งครรภ์การคลอด (P๐๐ – P๑๕)	๔๓๔	๓๙๗	๘๓๑	๒๘๙	๑๖๑	๔๕๐	๒๑๕	๒๔๒	๔๕๖
๕	ความผิดปกติที่พบในปริกำเนิด (P๕๐ – P๙๙)	๗๒	๑๕๙	๒๓๑	๗๒	๐	๗๒	๒๘๗	๐	๒๘๗
รวมทุกโรค		๒,๐๒๔	๑,๖๖๖	๓,๖๙๐	๒,๙๖๐	๑,๖๐๗	๔,๕๖๗	๑,๕๗๙	๑,๐๔๕	๒,๖๒๔

จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มเด็กปฐมวัย (อายุ ๑ – ๔ ปี) ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรเพศชาย และเพศหญิง เท่ากับ ๑,๒๐๓, ๙๐๕ และ ๑,๒๘๑ ปี ตามลำดับ โดยสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะคือ อุบัติเหตุการตกน้ำ และการจมน้ำ สาเหตุรองลงมาคือ ปวดบวม, มะเร็งเม็ดเลือดขาว, ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ และอุบัติเหตุการขนส่ง ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๑๘

ตารางที่ ๑๘ จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มเด็กปฐมวัย (อายุ ๑ – ๔ ปี) จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๒– ๒๕๖๔ จำแนกตามเพศ

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒			ปี พ.ศ. ๒๕๖๓			ปี พ.ศ. ๒๕๖๔		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
๑	อุบัติเหตุการตกน้ำ และการจมน้ำ (W๖๕ – W๗๔)	๓๕๙	๐	๓๕๙	๑๔๓	๘๐	๒๒๖	๑๔๒	๓๑๙	๔๖๑
๒	ปวดบวม (J๑๒ – J๑๘)	๓๕๙	๒๓๗	๖๐๒	๑๔๓	๑๕๙	๓๐๒	๗๑	๓๑๙	๓๙๐
๓	มะเร็งเม็ดเลือดขาว (C๙๑ – C๙๕)	๐	๗๙	๗๙	๐	๘๐	๘๐	๑๔๒	๐	๑๔๒
๔	ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ (Q๐๐ – Q๙๙)	๗๒	๐	๗๒	๐	๑๕๙	๑๕๙	๗๑	๘๐	๑๕๑
๕	อุบัติเหตุการขนส่ง (V๐๑ – V๙๙)	๐	๗๙	๗๙	๗๒	๘๐	๑๕๒	๑๔๒	๐	๑๔๒
รวมทุกโรค		๗๙๐	๓๙๕	๑,๑๘๕	๓๕๘	๔๕๘	๘๑๖	๔๖๕	๗๑๙	๑,๑๘๔

จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มวัยเรียน (อายุ ๕ – ๑๔ ปี) ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรเพศชาย และเพศหญิง เท่ากับ ๓,๕๙๑, ๒,๐๖๒ และ ๒,๕๕๓ ปี ตามลำดับ โดยสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะคือ อุบัติเหตุการตกน้ำ และการจมน้ำ สาเหตุรองลงมาคือ อุบัติเหตุการขนส่ง, โลหิตเป็นพิษ, มะเร็งเม็ดเลือดขาว และความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๑๙

ตารางที่ ๑๙ จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มวัยเรียน (อายุ ๕ – ๑๔ ปี)
จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ จำแนกตามเพศ

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒			ปี พ.ศ. ๒๕๖๓			ปี พ.ศ. ๒๕๖๔		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
๑	อุบัติเหตุการตกน้ำและการจมน้ำ (W๖๕ - W๗๔)	๔๖๑	๔๔๐	๙๐๑	๗๙๑	๔๓๖	๑,๒๒๗	๙๐๒	๕๑๑	๑,๔๑๓
๒	อุบัติเหตุการขนส่ง (V๐๑ - V๙๙)	๘๙๗	๑๔๕	๑,๐๔๒	๒๕๒	๗๑	๓๒๓	๑๘๗	๑๔๒	๓๒๙
๓	โรคติดต่อเป็นพิษ (A๔๐ - A๔๑)	๕๘๗	๕๙๖	๑,๑๘๓	๐	๐	๐	๑๘๗	๑๕๒	๓๓๙
๔	มะเร็งเม็ดเลือดขาว (C๙๑ - C๙๕)	๑๙๔	๑๕๐	๓๔๔	๑๓๑	๐	๑๓๑	๑๘๗	๗๑	๒๖๖
๕	ความผิดปกติความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ (Q๐๐ - Q๙๙)	๖๘	๐	๗๑	๒๕๖	๗๑	๓๒๗	๑๓๐	๗๑	๒๐๑
รวมทุกโรค		๒,๒๐๗	๒,๗๘๔	๔,๙๙๑	๑,๑๗๐	๕๗๘	๑,๗๔๘	๑,๕๙๓	๘๗๖	๒,๔๖๙

จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มวัยรุ่น (อายุ ๑๕ – ๒๑ ปี) ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ พบว่า พ.ศ. ๒๕๖๑ มีแนวโน้มการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรสูงขึ้นทั้งเพศชาย และเพศหญิง เท่ากับ ๕,๗๒๘, ๖,๒๖๘ และ ๖,๘๘๙ ปี ตามลำดับ โดยสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะคือ อุบัติเหตุการขนส่งสาเหตุรองลงมาคือ การเจตนาทำร้ายตนเอง, อุบัติเหตุการตกน้ำ และการจมน้ำ, ฆาตกรรมและมะเร็งเม็ดเลือดขาว ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๒๐

ตารางที่ ๒๐ จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มวัยรุ่น (อายุ ๑๕ – ๒๑ ปี)
จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ จำแนกตามเพศ

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒			ปี พ.ศ. ๒๕๖๓			ปี พ.ศ. ๒๕๖๔		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
๑	อุบัติเหตุการขนส่ง (V๐๑ - V๙๙)	๒,๗๙๖	๔๔๓	๓,๒๓๙	๒,๗๙๑	๖๓๐	๓,๔๒๑	๑,๗๙๕	๓๗๗	๒,๑๗๒
๒	การเจตนาทำร้ายตนเอง (X๖๐ - X๘๔)	๙๙๐	๐	๑,๐๕๑	๙๗๖	๔๕๒	๑,๔๒๘	๘๖๔	๒๕๔	๑,๑๑๘
๓	อุบัติเหตุการตกน้ำและการจมน้ำ (W๖๕ - W๗๔)	๒๒๔	๐	๒๒๔	๑๖๐	๐	๑๖๐	๑,๘๙๘	๑๙๓	๒,๐๙๑
๔	ฆาตกรรม (J๐๑ - J๑๘)	๔๓๙	๒๔๗	๖๘๖	๔๙๕	๓๒๐	๘๑๕	๓๗๙	๔๙๕	๘๗๔
๕	มะเร็งเม็ดเลือดขาว (C๙๑ - C๙๕)	๑๑๗	๒๔๗	๓๖๔	๑๖๕	๖๑	๒๒๖	๒๒๑	๑๓๒	๓๕๓
รวมทุกโรค		๔,๕๖๖	๙๓๗	๕,๕๐๓	๔,๕๘๗	๑,๐๑๑	๕,๕๙๘	๔,๑๕๗	๑,๑๕๒	๕,๓๐๙

จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๑๕ – ๕๙ ปี) ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรสูงขึ้นทั้งเพศชาย และเพศหญิง เท่ากับ ๔๒,๘๑๔, ๔๓,๐๓๕ และ ๔๗,๖๕๘ ปี ตามลำดับ โดยสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะคือ ฆาตกรรม สาเหตุรองลงมาคือ หลอดเลือดในสมอง, โรคติดต่อเป็นพิษ, โรคตับและไตวาย ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๒๑

ตารางที่ ๒๑ จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๑๕ – ๕๙ ปี)
 จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๒– ๒๕๖๔ จำแนกตามเพศ

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒			ปี พ.ศ. ๒๕๖๓			ปี พ.ศ. ๒๕๖๔		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
๑	ปอดบวม (J๑๒ - J๑๘)	๗,๑๑๐	๓,๕๗๕	๑๐,๙๖๘	๗,๕๐๘	๓,๐๑๔	๑๐,๕๒๑	๗,๙๗๔	๓,๕๒๑	๑๑,๔๙๖
๒	หลอดเลือดในสมอง (I๖๐ - I๖๙)	๖,๐๕๐	๒,๓๒๖	๘,๖๖๑	๖,๗๕๒	๒,๔๙๒	๙,๒๔๔	๖,๙๙๒	๓,๒๔๙	๑๐,๒๔๑
๓	โลหิตเป็นพิษ (A๔๐ - A๔๑)	๕,๓๙๙	๒,๓๑๕	๗,๙๕๔	๔,๙๔๙	๒,๖๐๙	๗,๕๕๘	๕,๒๗๒	๓,๓๕๓	๘,๖๒๕
๔	โรคตับ (K๗๐ - K๗๖)	๖,๑๒๔	๑,๒๑๙	๗,๓๔๓	๖,๕๔๗	๑,๒๑๓	๗,๗๖๐	๖,๘๒๔	๙๕๖	๗,๗๘๐
๕	ไตวาย (N๑๖ - N๑๙)	๔,๒๘๔	๓,๑๒๕	๗,๔๐๙	๓,๙๗๗	๒,๖๓๑	๖,๖๐๘	๔,๙๔๔	๒,๗๐๙	๗,๖๕๓
รวมทุกโรค		๒๘,๙๖๗	๑๒,๕๖๐	๔๑,๕๒๗	๒๙,๗๓๓	๑๑,๙๕๙	๔๑,๖๙๒	๓๒,๐๐๖	๑๓,๗๘๘	๔๕,๗๙๔

จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรสูงขึ้นเพศชาย และเพศหญิง เท่ากับ๔๔,๔๓๘, ๔๔,๖๗๙ และ ๔๖,๗๘๘ ปี ตามลำดับโดยสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ คือ ปอดบวม สาเหตุรองลงมาคือ ไตวาย หลอดเลือดสมอง ภาวะเสื่อมของระบบประสาท และโลหิตเป็นพิษ ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ ๒๒

ตารางที่ ๒๒ จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๒– ๒๕๖๔ จำแนกตามเพศ

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒			ปี พ.ศ. ๒๕๖๓			ปี พ.ศ. ๒๕๖๔		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
๑	ปอดบวม (J๑๒ - J๑๘)	๕,๙๘๘	๕,๑๕๕	๑๑,๑๔๓	๗,๔๗๖	๔,๔๙๕	๑๑,๙๖๑	๖,๙๕๑	๕,๕๕๒	๑๒,๕๐๓
๒	ไตวาย (N๑๖ - N๑๙)	๔,๖๖๐	๕,๑๐๕	๙,๗๖๕	๕,๐๐๔	๕,๙๖๕	๑๐,๙๖๙	๕,๔๔๔	๕,๗๙๙	๑๑,๒๔๓
๓	หลอดเลือดในสมอง (I๖๐ - I๖๙)	๓,๙๐๖	๓,๑๗๐	๗,๐๗๖	๔,๘๘๖	๓,๘๒๘	๘,๗๑๔	๕,๓๖๗	๔,๑๐๔	๙,๔๗๑
๔	ภาวะเสื่อมของ ระบบประสาท (G๓๑)	๔,๑๐๗	๖,๑๓๖	๑๐,๒๔๓	๒,๔๘๙	๓,๖๘๘	๖,๑๗๗	๒,๔๕๑	๓,๕๕๗	๖,๐๐๘
๕	โลหิตเป็นพิษ (A๔๐ - A๔๑)	๓,๒๖๔	๒,๕๕๑	๕,๘๑๕	๓,๒๗๐	๓,๒๓๗	๖,๕๐๗	๓,๕๐๘	๓,๕๕๓	๗,๐๖๑
รวมทุกโรค		๒๑,๙๒๕	๒๒,๑๑๗	๔๔,๐๔๒	๒๓,๑๒๕	๒๑,๑๗๓	๔๔,๒๙๘	๒๓,๗๒๑	๒๒,๖๐๕	๔๖,๓๒๖

๕.๓ สาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอก

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก จังหวัดขอนแก่น ระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุรื่องลงมาคือ โรคเบาหวาน และเนื้อเยื่อผิดปกติ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสาเหตุการป่วยจำแนกเป็นรายปี ดังนี้

ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก จังหวัดขอนแก่น ๓ อันดับแรก พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุการป่วยมาจากโรคเบาหวาน ๒๗,๐๘๓.๑๘ ต่อหนึ่งแสนประชากร ร่องลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ ๒๔,๙๗๐.๙๔ ต่อหนึ่งแสนประชากร และเนื้อเยื่อผิดปกติ ๒๒,๖๐๗.๗๖ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก จังหวัดขอนแก่น ๓ อันดับแรก พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุการป่วยมาจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ ๒๖,๓๔๔.๙๑ ต่อหนึ่งแสนประชากร ร่องลงมาคือ โรคเบาหวาน ๒๕,๙๒๓.๒๒ ต่อหนึ่งแสนประชากร และเนื้อเยื่อผิดปกติ ๒๑,๒๓๓.๐๒ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก จังหวัดขอนแก่น ๓ อันดับแรก พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุการป่วยมาจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ ๒๖,๓๖๗.๘๕ ต่อหนึ่งแสนประชากร ร่องลงมาคือ โรคเบาหวาน ๒๔,๗๒๔.๓๙ ต่อหนึ่งแสนประชากร และเนื้อเยื่อผิดปกติ ๑๙,๘๘๙.๓๕ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับรายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๒๓

ตารางที่ ๒๓ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตาม ๒๘๘ กลุ่มโรค ๑๐ อันดับแรก จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อกลุ่มโรค(๒๙๘โรค)	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒			ปี พ.ศ. ๒๕๖๓			ปี พ.ศ. ๒๕๖๔		
			ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
๑	I๑๐	๑๔๕ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	๘,๘๕๒.๒๑	๑๖,๑๑๘.๗๓	๒๔,๙๗๐.๙๔	๙,๓๙๒.๕๔	๑๗,๑๑๕.๒๘	๒๖,๕๐๗.๘๒	๙,๓๐๕.๓๕	๑๗,๐๓๙.๕๘	๒๖,๓๖๗.๘๕
๒	E๑๐ - E๑๔๙	๑๐๔ เบาหวาน	๙,๒๑๕.๙๖	๑๗,๘๖๗.๒๒	๒๗,๐๘๓.๑๘	๘,๙๖๗.๑๑	๑๗,๐๖๖.๖๙	๒๖,๐๓๔.๑๐	๘,๕๒๒.๑๑	๑๖,๑๘๐.๘๐	๒๔,๗๒๔.๓๙
๓	H๑๐ - H๑๓๘	๒๐๗ เนื้อเยื่อผิดปกติ	๗,๙๔๑.๘๓	๑๔,๖๖๕.๙๓	๒๒,๖๐๗.๗๖	๗,๕๐๒.๖๘	๑๓,๘๒๓.๑๖	๒๑,๓๒๖.๘๔	๖,๙๙๕.๕๑	๑๒,๘๗๖.๕๕	๑๙,๘๘๙.๓๕
๔	J๐๐ - J๐๖๙	๑๖๗ การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	๙,๕๖๗.๙๖	๑๑,๖๔๒.๔๘	๒๑,๒๑๐.๔๔	๘,๒๗๖.๙๓	๑๐,๖๒๑.๔๔	๑๘,๘๙๘.๓๖	๕,๔๒๑.๒๗	๖,๘๕๑.๑๘	๑๒,๒๗๒.๑๓
๕	K๐๐ - K๐๘๙	๑๘๑ ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	๕,๑๓๑.๕๙	๗,๑๑๖.๗๐	๑๒,๒๔๘.๒๙	๔,๐๓๗.๔๙	๕,๔๘๖.๓๙	๙,๕๒๓.๘๘	๓,๒๐๙.๖๘	๔,๓๗๐.๔๖	๗,๕๘๖.๗๓
๖	K๒๐ - K๓๑๙	๑๘๕ โรคอื่น ๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะและดูโอดินัม	๓,๑๒๑.๖๓	๕,๕๙๘.๒๙	๘,๗๑๙.๙๒	๒,๘๘๐.๕๓	๔,๙๗๓.๘๙	๗,๘๕๔.๔๒	๒,๕๒๗.๐๓	๔,๓๗๔.๑๔	๖,๙๐๗.๑๗
๗	S๐๐ - T๑๔๙	๒๘๑ การบาดเจ็บระบบประสาทอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	๔,๗๔๔.๗๑	๓,๑๒๒.๗๔	๗,๘๖๗.๔๕	๔,๓๖๘.๓๘	๒,๙๐๔.๕๕	๗,๒๗๒.๙๓	๔,๐๕๕.๒๔	๒,๖๘๓.๓๐	๖,๗๓๘.๔๐
๘	M๔๐ - M๕๔๙๙	๒๐๖ พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	๒,๒๑๙.๔๐	๓,๗๙๘.๔๙	๖,๐๑๗.๙๐	๒,๑๔๔.๒๕	๓,๗๙๘.๓๓	๕,๙๔๒.๕๘	๑,๘๒๖.๕๒	๓,๑๒๗.๗๓	๔,๙๕๔.๕๖
๙	L๐๐ - L๙๙๘	๑๙๙ โรคอื่น ๆ ของผิวหนังและมือเท้า	๓,๑๘๗.๕๘	๔,๑๔๓.๕๖	๗,๓๓๑.๑๔	๒,๙๔๙.๙๖	๓,๘๑๗.๙๓	๖,๗๖๗.๙๐	๒,๐๘๙.๒๔	๒,๗๗๐.๓๓	๔,๘๖๓.๘๐
๑๐	F๒๐ - F๒๙	๑๑๕ จิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิด	๒,๙๘๘.๗๓	๑,๓๘๔.๗๙	๔,๓๗๓.๕๒	๒,๙๑๔.๘๖	๑,๓๘๓.๑๕	๔,๒๙๘.๐๐	๒,๗๕๕.๑๐	๑,๓๑๘.๑๑	๔,๐๗๖.๗๕

ที่มา : Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ การคำนวณ คิดตาม ๒๘๘ กลุ่มโรค นับเป็นครั้งตามการวินิจฉัย และ Code หน่วยบริการ (๑๐ อันดับโรคที่มารับบริการ)

๕.๔ สาเหตุการป่วยผู้ป่วยใน

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น ระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยที่พบมากที่สุดคือ โรคปอดบวม รองลงมาคือ การบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะ และโลหิตจางอื่น ๆ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสาเหตุการป่วยจำแนกเป็นรายปี ดังนี้

ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น ๓ อันดับแรก พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุการป่วยมาจากโรคปอดบวม ๓๕๖.๙๐ ต่อหนึ่งแสนประชากร รองลงมาคือ การบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะ ๓๔๐.๑๘ ต่อหนึ่งแสนประชากร และไข้จากไวรัสที่นำโดยแมลงและใช้เลือดดอกที่เกิิดจากไวรัสอื่น ๆ ๓๒๘.๙๘ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น ๓ อันดับแรก พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุการป่วยมาจากโรคปอดบวม ๖๔๗.๑๐ ต่อหนึ่งแสนประชากร รองลงมาคือ การบาดเจ็บภายในในกะโหลกศีรษะ ๓๘๒.๘๖ ต่อหนึ่งแสนประชากร และโลหิตจางอื่น ๆ ๒๘๔.๖๐ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น ๓ อันดับแรก พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุการป่วยมาจากโรคปอดบวม ๘๗๙.๓๐ ต่อหนึ่งแสนประชากร รองลงมาคือการบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะ ๓๙๘.๔๗ ต่อหนึ่งแสนประชากร และโลหิตจางอื่น ๆ ๒๖๙.๐๙ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับรายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๒๔

ตารางที่ ๒๔ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในตาม ๒๙๘ กลุ่มโรค ๑๐ อันดับแรก จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อกลุ่มโรค(๒๙๘โรค)	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒			ปี พ.ศ. ๒๕๖๓			ปี พ.ศ. ๒๕๖๔		
			ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
๑	J๑๒ - J๑๘๙	๑๖๙ ปอดบวม	๔๐๖.๒๔	๓๕๐.๖๖	๗๕๖.๙๐	๓๔๓.๓๒	๓๐๖.๕๔	๖๔๙.๘๖	๔๗๑.๐๐	๔๐๘.๒๙	๘๗๙.๓๐
๒	S๐๖ - S๐๖๘๐	๒๗๘ การบาดเจ็บภายในกระโหลกศีรษะ	๒๒๙.๕๒	๑๑๐.๖๖	๓๔๐.๑๘	๒๖๔.๙๒	๑๑๙.๕๙	๓๘๔.๕๐	๒๗๔.๘๔	๑๒๓.๖๓	๓๙๘.๔๗
๓	D๕๑ - D๖๔๙	๐๙๘ โลหิตจางอื่น ๆ	๑๒๘.๗๔	๑๖๔.๔๐	๒๙๓.๑๔	๑๒๗.๑๑	๑๕๘.๗๐	๒๘๕.๘๑	๑๑๕.๗๕	๑๕๓.๓๓	๒๖๙.๐๙
๔	S๐๐ - T๑๔๙	๒๘๑ การบาดเจ็บระบุเฉพาะอื่น ๆ, ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	๑๖๖.๕๗	๖๕.๖๒	๒๓๒.๑๙	๑๕๗.๕๙	๖๒.๗๕	๒๒๐.๓๔	๑๘๒.๓๑	๖๙.๑๘	๒๕๑.๕๐
๕	P๐๐ - P๑๕	๒๔๒ ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ และการคลอด	๐.๐๖	๒๖๒.๓๐	๒๖๒.๓๖	๐.๐๖	๒๕๔.๑๖	๒๕๔.๒๒	๐.๐๐	๒๕๐.๗๗	๒๕๐.๗๗
๖	E๑๐ - E๑๔๙	๑๐๔ เบาหวาน	๑๐๓.๑๑	๑๔๗.๕๔	๒๕๐.๖๖	๑๐๕.๑๕	๑๕๐.๓๕	๒๕๕.๕๐	๑๑๒.๔๖	๑๓๖.๕๘	๒๔๙.๐๔
๗	H๒๕ - H๒๘๘	๑๓๓ ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์อื่น ๆ	๑๑๘.๐๓	๑๓๖.๓๔	๒๕๔.๓๗	๑๑๘.๑๙	๑๓๘.๙๘	๒๕๗.๑๗	๑๑๙.๘๙	๑๒๘.๔๙	๒๔๘.๓๗
๘	I๕๐ - I๕๐๙	๑๕๑ หัวใจล้มเหลว	๒๙.๙๕	๒๗.๙๖	๒๖.๗๔	๒๓.๖๘	๒๓.๖๘	๕๐.๕๔	๑๑๓.๕๘	๑๑๑.๓๔	๒๒๔.๙๒
๙	N๒๕ - N๓๙๙	๒๑๗ โรคอื่น ๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะ	๑๐๔.๘๙	๑๔๕.๐๕	๒๔๙.๙๓	๙๓.๔๕	๑๓๔.๓๐	๒๒๗.๗๕	๘๕.๒๗	๑๒๓.๖๓	๒๐๘.๘๙
๑๐	I๖๓ - I๖๓๙	๑๕๔ เนื้องอกมดตาย	๔๔.๓๒	๓๓.๗๒	๗๘.๐๔	๓๓.๔๓	๒๒.๗๙	๕๖.๒๓	๑๑๗.๓๒	๙๐.๔๐	๒๐๗.๗๒

ที่มา : Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ การคำนวณ คิดตาม ๒๙๘ กลุ่มโรค นับเป็นครั้งตามการวินิจฉัย และ Code หน่วยบริการ (๑๐ อันดับโรคที่มารับบริการ)

๕.๕ โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

จากสถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ พบว่าโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่พบมาก ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน รองลงมาคือ ไข้หรือไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปอดบวม อาหารเป็นพิษ และโรคตาแดงตามลำดับรายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๒๕

ตารางที่ ๒๕ สาเหตุการป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ๑๐ อันดับแรกจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔

ลำดับ	สาเหตุการป่วย	ปี พ.ศ. ๒๕๖๐	ปี พ.ศ. ๒๕๖๑	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒	ปี พ.ศ. ๒๕๖๓	ปี พ.ศ. ๒๕๖๔
		(อัตรา:แสน ประชากร)	(อัตรา:แสน ประชากร)	(อัตรา:แสน ประชากร)	(อัตรา:แสน ประชากร)	(อัตรา:แสน ประชากร)
๑	อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	๑,๕๒๓.๒๒	๑,๙๒๘.๓๕	๑,๙๘๘.๙๖	๑,๕๕๒.๔๗	๑,๐๗๖.๔๘
๒	ไข้หรือไข้ไม่ทราบสาเหตุ	๘๒๗.๓๔	๙๑๗.๙๓	๑,๔๑๙.๙๑	๑,๑๑๓.๕๗	๕๖๖.๕๕
๓	ปอดบวม	๖๙๖.๖๖	๗๓๙.๐๙	๖๘๙.๓๗	๕๖๘.๖๕	๔๔๓.๒๒
๔	อาหารเป็นพิษ	๓๓๓.๒๘	๔๐๐.๑๖	๓๓๙.๙๐	๒๗๘.๙๘	๒๐๗.๓๙
๕	โรคตาแดง	๖๕.๔๒	๗๕.๙๕	๑๗๘.๑๓	๑๓๘.๔๖	๘๑.๙๖
๖	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๕๔.๐๗	๖๕.๓๘	๗๑.๘๒	๖๙.๖๕	๖๐.๐๐
๗	วัณโรค	๒๔.๑๔	๗๖.๘๙	๕๘.๘๖	๕๖.๒๖	๔๕.๙๑
๘	โรค มือ เท้า ปาก	๖๕.๔๒	๗๕.๙๕	๑๐๕.๗๐	๔๓.๒๕	๓๔.๕๕
๙	โรคสுகใส	๘๖.๗๘	๙๖.๒๐	๕๔.๑๓	๕๖.๓๙	๒๔.๔
๑๐	ไข้หวัดใหญ่	๑๘๘.๔๘	๒๐๒.๖๓	๒๐๐.๙๔	๑๗๖.๑๗	๑๕.๐๓

ที่มา: โปรแกรม R๕๐๖ งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ณ วันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ ธันวาคม ของทุกปี)

ตารางที่ ๒๖ จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ๑๐ อันดับแรก จังหวัดขอนแก่น
ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (๑ มกราคม ๒๕๖๔ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔)

ลำดับ	โรค	จำนวนป่วย	อัตราป่วย (ต่อประชากรแสนคน)
๑	อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	๙,๒๐๒	๕๑๐.๒๖
๒	ไข้หรือไข้ไม่ทราบสาเหตุ	๖,๐๘๓	๓๓๗.๓๑
๓	ปอดบวม	๔,๑๕๑	๒๓๐.๑๘
๔	อาหารเป็นพิษ	๑๘๒๕	๑๐๑.๒
๕	วัณโรค	๖๘๖	๓๘.๐๔
๖	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๕๗๕	๓๑.๘๘
๗	ตาแดง	๔๒๑	๒๓.๓๕
๘	โรคสுகใส	๑๐๒	๕.๖๖
๙	ไข้เลือดออก	๗๐	๓.๘๘
๑๐	โรคตับอักเสบ	๖๙	๓.๘๓

ที่มา: โปรแกรม R๕๐๖ งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

๕.๖ สาเหตุการตาย

สาเหตุการตายของประชากรจังหวัดขอนแก่น ระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องใน ๕ อันดับแรก ดังนี้

ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ สาเหตุการตายของประชากร จังหวัดขอนแก่น ๕ อันดับแรก พบว่า ส่วนใหญ่ มีสาเหตุการตายมาจากโรคมะเร็ง ๑๒๔.๔๑ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ ปอดบวม ๖๙.๙๔ ต่อแสนประชากร, ไตวาย ๔๙.๔๒ ต่อแสนประชากร, หลอดเลือดสมอง ๔๓.๘๗ ต่อแสนประชากร และโลหิตเป็นพิษ ๓๘.๘๓ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ สาเหตุการตายของประชากร จังหวัดขอนแก่น ๕ อันดับแรก พบว่า ส่วนใหญ่ มีสาเหตุการตายมาจากโรคมะเร็ง ๑๒๖.๔๖ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ ปอดบวม ๖๔.๕๓ ต่อแสนประชากร, ไตวาย ๕๑.๔๔ ต่อแสนประชากร, หลอดเลือดสมอง ๔๘.๗๗ ต่อแสนประชากร และโลหิตเป็นพิษ ๓๕.๙๐ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ สาเหตุการตายของประชากร จังหวัดขอนแก่น ๕ อันดับแรก พบว่า ส่วนใหญ่ มีสาเหตุการตายมาจากโรคมะเร็ง ๑๓๐.๓๘ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ ปอดบวม ๖๖.๘๔ ต่อแสนประชากร, ไตวาย ๕๔.๖๗ ต่อแสนประชากร, หลอดเลือดสมอง ๕๓.๕๕ ต่อแสนประชากร และโลหิตเป็นพิษ ๔๑.๓๘ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ พบว่า ๕ อันดับสาเหตุการตาย ของประชากร จังหวัดขอนแก่นที่มีแนวโน้มสูงขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีสาเหตุการตาย มาจากโรคมะเร็ง รองลงมาคือ ปอดบวม, ไตวาย, หลอดเลือดสมอง และโลหิตเป็นพิษ ตามลำดับ รายละเอียดแสดงตามตารางที่ ๒๗

ตารางที่ ๒๗ สาเหตุการตาย ๑๐ อันดับแรก จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.๒๕๖๒ - ๒๕๖๔

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒		ปี พ.ศ. ๒๕๖๓		ปี พ.ศ. ๒๕๖๔	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด (C๐๐ – D๔๘)	๒,๒๔๓	๑๒๔.๔๑	๒,๒๗๙	๑๒๖.๔๖	๒,๓๓๕	๑๓๐.๓๘
๒	ปอดบวม (J๑๒ – J๑๘)	๑,๒๖๑	๖๙.๙๔	๑,๑๖๓	๖๔.๕๓	๑,๑๙๗	๖๖.๘๔
๓	ไตวาย (N๑๖ – N๑๙)	๘๙๑	๔๙.๔๒	๙๒๗	๕๑.๔๔	๙๗๙	๕๔.๖๗
๔	หลอดเลือดสมอง (I๖๐ – I๖๙)	๗๙๑	๔๓.๘๗	๘๗๙	๔๘.๗๗	๙๕๙	๕๓.๕๕
๕	โลหิตเป็นพิษ (A๔๐ – A๔๑)	๗๐๐	๓๘.๘๓	๖๔๗	๓๕.๙๐	๗๔๑	๔๑.๓๘
๖	ภาวะเสื่อมของระบบประสาท(G๓๑)	๘๑๙	๔๕.๔๓	๖๐๒	๓๓.๔๐	๕๗๖	๓๒.๑๖
๗	เบาหวาน (E๑๐ – E๑๔)	๔๙๙	๒๗.๖๘	๔๔๘	๒๔.๘๖	๕๓๑	๒๙.๖๕
๘	หลอดเลือดหัวใจ (I๒๐ – I๒๕)	๗๙๑	๔๓.๘๗	๔๑๗	๒๓.๑๔	๔๗๐	๒๖.๒๔
๙	โรคตับ (K๗๐ – K๗๖)	๓๔๙	๑๙.๓๖	๓๕๖	๑๙.๗๕	๓๗๙	๒๑.๑๖
๑๐	อุบัติเหตุจราจร (V๐๐ – V๙๙)	๓๑๙	๑๗.๖๙	๒๗๓	๑๕.๑๕	๒๕๓	๑๔.๑๓

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมและประมวลผลจากสำนักบริหาร

การทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ วันที่ ๑ มกราคม – ๓๑ ธันวาคม ของทุกปี
 หมายเหตุ : ๑. สาเหตุการตายที่ไม่นำมาจัดลำดับ ได้แก่ ๑) ไม่ทราบสาเหตุ (R๙๕ – R๙๙) ๒) ขรภาพ (R๕๔) และ ๓) เหตุการณ์ไม่ทราบเจตนา (Y๑๐ – Y๙๙)
 ๒. อัตราการตาย ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร

จากสาเหตุการตายของประชากรจังหวัดขอนแก่นในรอบ ๓ ปีที่ผ่านมา พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุหลักของการตายอันดับ ๑ เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายจากโรคมะเร็ง ระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ พบว่า ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ สาเหตุการตายจากโรคมะเร็งของประชากรจังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีในลำดับ ๒๘.๔๕ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ มะเร็งปอดและหลอดคอ ๑๗.๙๒ ต่อแสนประชากร มะเร็งที่ระบุตำแหน่งไม่ได้ ๑๑.๐๔ ต่อแสนประชากร มะเร็งท่อน้ำดี ๑๐.๓๒ ต่อแสนประชากร และมะเร็งเต้านม ๕.๙๙ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ สาเหตุการตายจากโรคมะเร็งของประชากรจังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่เสียชีวิตจาก มะเร็งตับและท่อน้ำดีในลำดับ ๓๑.๔๖ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ มะเร็งปอดและหลอดคอ ๑๘.๕๙ ต่อแสนประชากร มะเร็งที่ระบุตำแหน่งไม่ได้ ๑๐.๖๕ ต่อแสนประชากร มะเร็งท่อน้ำดี ๙.๔๓ ต่อแสนประชากร และมะเร็งเต้านม ๕.๘๘ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ สาเหตุการตายจากโรคมะเร็งของประชากรจังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่เสียชีวิตจาก มะเร็งตับและท่อน้ำดีในลำดับ ๓๒.๓๓ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ มะเร็งปอดและหลอดคอ ๒๑.๑๑ ต่อแสนประชากร มะเร็งที่ระบุตำแหน่งไม่ได้ ๑๐.๖๕ ต่อแสนประชากร มะเร็งท่อน้ำดี ๙.๕๕ ต่อแสนประชากร และมะเร็งทางเดินอาหารอื่น ๆ ๕.๙๗ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ รายละเอียดแสดงตามตารางที่ ๒๘

ตารางที่ ๒๘ สาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็ง ๑๐ อันดับแรก จำแนกรายประเภท จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒		ปี พ.ศ. ๒๕๖๓		ปี พ.ศ. ๒๕๖๔	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	มะเร็งตับและท่อน้ำดีในลำดับ (C๒๒)	๕๑๓	๒๘.๔๕	๕๖๗	๓๑.๔๖	๕๗๙	๓๒.๓๓
๒	มะเร็งปอดและหลอดคอ (C๓๓ – C๓๔)	๓๒๓	๑๗.๙๒	๓๓๕	๑๘.๕๙	๓๗๘	๒๑.๑๑
๓	มะเร็งที่ระบุตำแหน่งไม่ได้ (C๗๖ – C๗๘)	๑๙๙	๑๑.๐๔	๑๙๒	๑๐.๖๕	๑๘๘	๑๐.๕๐
๔	มะเร็งท่อน้ำดี (C๒๔)	๑๘๖	๑๐.๓๒	๑๗๐	๙.๔๓	๑๗๑	๙.๕๕
๕	มะเร็งเต้านม (C๕๐)	๑๐๘	๕.๙๙	๑๐๖	๕.๘๘	๑๐๗	๕.๙๗
๖	มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘ – C๒๑)	๗๙	๔.๓๘	๗๐	๓.๘๘	๙๔	๕.๒๕
๗	มะเร็งเม็ดเลือดขาว (C๙๑ – C๙๕)	๖๒	๓.๔๔	๖๘	๓.๗๗	๘๓	๔.๖๓
๘	มะเร็งปากมดลูก (C๕๓)	๕๖	๓.๑๑	๖๕	๓.๖๑	๗๐	๓.๙๑
๙	มะเร็งริมฝีปาก ช่องปาก คอหอย (C๐๐ – C๑๔)	๖๒	๓.๔๔	๖๘	๓.๗๗	๕๘	๓.๒๔
๑๐	มะเร็งถุงน้ำดี (C๒๓)	๕๕	๓.๐๖	๕๕	๓.๐๖	๔๒	๒.๓๕

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมและประมวลผลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ วันที่ ๑ มกราคม – ๓๑ ธันวาคม ของทุกปี

ตารางที่ ๒๙ จำนวนสาเหตุการตายของประชากรจังหวัดขอนแก่น จำแนกตามอายุ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ช่วงอายุ	จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs)			กลุ่มวัย
	เพศชาย	เพศหญิง	ภาพรวม	
๐	๓๓	๑๖	๔๙	วัยแรกเกิด (๐ ปี) = ๔๙ คน
๐๑ - ๐๔	๑๕	๑๑	๒๖	วัยเด็กปฐมวัย (๑ - ๔ ปี) = ๒๖ คน
๐๕ - ๐๙	๑๓	๙	๒๒	วัยเรียน (๕ - ๑๔ ปี) = ๖๖ คน
๑๐ - ๑๔	๒๙	๑๕	๔๔	
๑๕ - ๑๙	๖๖	๓๐	๙๖	วัยรุ่น (๑๕ - ๒๑ ปี) = ๑๕๖ คน
๒๐ - ๒๔	๑๑๙	๓๑	๑๕๐	วัยทำงาน (๑๕ - ๕๙ ปี) = ๔,๘๙๖ คน
๒๕ - ๒๙	๑๕๒	๔๑	๑๙๓	
๓๐ - ๓๔	๒๐๕	๖๑	๒๖๖	
๓๕ - ๓๙	๒๙๗	๙๕	๓๙๒	
๔๐ - ๔๔	๔๕๘	๑๒๙	๕๘๗	
๔๕ - ๔๙	๖๔๕	๒๑๓	๘๕๘	
๕๐ - ๕๔	๘๑๕	๒๗๗	๑,๐๙๒	
๕๕ - ๕๙	๘๘๑	๓๘๑	๑,๒๖๒	
๖๐ - ๖๔	๙๗๑	๔๗๑	๑,๔๔๒	วัยผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) = ๑๐,๖๔๐ คน
๖๕ - ๖๙	๑,๐๐๔	๖๗๙	๑,๖๘๓	
๗๐ - ๗๔	๑,๐๒๗	๘๓๕	๑,๘๖๒	
๗๕ - ๗๙	๙๒๔	๘๔๖	๑,๗๗๐	
๘๐ - ๘๔	๗๗๙	๙๓๓	๑,๗๑๒	
๘๕+	๘๕๙	๑,๓๑๒	๒,๑๗๑	
รวม	๙,๒๙๒	๖,๓๘๕	๑๕,๖๗๗	

เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มวัยแรกเกิด (อายุ ๐ ปี) ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่ากลุ่มวัยแรกเกิดเสียชีวิตทั้งหมด จำนวน ๔๙ คน สัดส่วนการตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน ๓๓ คน เพศหญิง จำนวน ๑๖ คน โดยสาเหตุหลักของการตาย ๓ อันดับแรก คือ ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจและระบบหายใจปริกำเนิด อัตราตาย ๐.๕๐ ต่อหนึ่งแสนประชากร สาเหตุรองลงมาคือ ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ อัตราตาย ๐.๕๐ ต่อหนึ่งแสนประชากร และการติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด อัตราตาย ๐.๓๙ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๓๐

ตารางที่ ๓๐ ๕ อันดับสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มวัยแรกเกิด (อายุ ๐ ปี) จังหวัดขอนแก่น
จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ลำดับ	กลุ่มโรค	ชาย (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		หญิง (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		ภาพรวม (ต่อหนึ่งแสนประชากร)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และระบบหายใจปราณีต (P๒๐ – P๒๙)	๕	๐.๒๘	๔	๐.๒๒	๙	๐.๕๐
๒	ความผิดปกติความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ (Q๐๐ – Q๙๙)	๔	๐.๒๒	๕	๐.๒๘	๙	๐.๕๐
๓	การติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด (P๓๖๙)	๖	๐.๓๔	๑	๐.๐๖	๗	๐.๓๙
๔	ทารกได้รับผลจากการตั้งครรภ์การคลอด (P๐๐ – P๑๕)	๓	๐.๑๗	๓	๐.๑๗	๖	๐.๓๔
๕	ความผิดปกติที่พบในปราณีต (P๕๐ – P๙๙)	๔	๐.๒๒	๐	๐.๐๐	๔	๐.๒๒

เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มเด็กปฐมวัย (อายุ ๑ – ๔ ปี) ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า กลุ่มเด็กปฐมวัยเสียชีวิตทั้งหมด จำนวน ๒๖ คน สัดส่วนการตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน ๑๕ คน เพศหญิง จำนวน ๑๑ คน โดยสาเหตุหลักของการตาย ๓ อันดับแรก คือ อุบัติเหตุการตกน้ำ และการจมน้ำ อัตราตาย ๐.๓๔ ต่อหนึ่งแสนประชากร สาเหตุรองลงมาคือ ปวดบวม อัตราตาย ๐.๒๘ ต่อหนึ่งแสนประชากร และมะเร็งเม็ดเลือดขาว อัตราตาย ๐.๑๑ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับรายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๓๑

ตารางที่ ๓๑ ๕ อันดับสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มวัยแรกเกิด (อายุ ๑ - ๔ ปี) จังหวัดขอนแก่น
จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ลำดับ	กลุ่มโรค	ชาย (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		หญิง (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		ภาพรวม (ต่อหนึ่งแสนประชากร)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	อุบัติเหตุการตกน้ำ และการจมน้ำ (W๖๕ - W๗๔)	๒	๐.๑๑	๔	๐.๒๒	๖	๐.๓๔
๒	ปวดบวม (J๑๒ - J๑๘)	๑	๐.๐๖	๔	๐.๒๒	๕	๐.๒๘
๓	มะเร็งเม็ดเลือดขาว (C๙๑ - C๙๕)	๒	๐.๑๑	๐	๐.๐๐	๒	๐.๑๑
๔	ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ (Q๐๐ - Q๙๙)	๑	๐.๐๖	๑	๐.๐๖	๒	๐.๑๑
๕	อุบัติเหตุการขนส่ง (V๐๑ - V๙๙)	๒	๐.๑๑	๐	๐.๐๐	๒	๐.๑๑

เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ ๕ – ๑๔ ปี) ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า กลุ่มเด็กวัยเรียนเสียชีวิตทั้งหมด จำนวน ๖๖ คน สัดส่วนการตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน ๔๒ คน เพศหญิง จำนวน ๒๔ คน โดยสาเหตุหลักของการตาย ๓ อันดับแรก คือ อุบัติเหตุการตกน้ำ และการจมน้ำ อัตราตาย ๑.๑๗ ต่อหนึ่งแสนประชากร สาเหตุรองลงมาคือ อุบัติเหตุการขนส่งและโลหิตเป็นพิษ อัตราตาย ๐.๒๘ ต่อหนึ่งแสนประชากร, มะเร็งเม็ดเลือดขาวและความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ อัตราตาย ๐.๑๗ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับรายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๓๒

ตารางที่ ๓๒ ๕ อันดับสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ ๕ – ๑๔ ปี) จังหวัดขอนแก่น
จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ลำดับ	กลุ่มโรค	ชาย (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		หญิง (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		ภาพรวม (ต่อหนึ่งแสนประชากร)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	อุบัติเหตุการตกน้ำ และการจมน้ำ (W๖๕ - W๗๔)	๑๔	๐.๗๘	๗	๐.๓๙	๒๑	๑.๑๗
๒	อุบัติเหตุการขนส่ง(V๐๑ - V๙๙)	๓	๐.๑๗	๒	๐.๑๑	๕	๐.๒๘
๓	โลหิตเป็นพิษ (A๔๐ - A๔๑)	๓	๐.๑๗	๒	๐.๑๑	๕	๐.๒๘
๔	มะเร็งเม็ดเลือดขาว (C๙๑ - C๙๕)	๓	๐.๑๗	๑	๐.๐๖	๓	๐.๑๗
๕	ความผิดปกติความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ (Q๐๐ - Q๙๙)	๒	๐.๑๑	๑	๐.๐๖	๓	๐.๑๗

เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มวัยรุ่น (อายุ ๑๕ – ๒๑ ปี) ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า
กลุ่มเด็กวัยรุ่นเสียชีวิตทั้งหมด จำนวน ๑๕๖ คน สัดส่วนการตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน ๑๑๕ คน
เพศหญิง จำนวน ๔๑ คน โดยสาเหตุหลักของการตาย ๓ อันดับแรก คือ อุบัติเหตุการขนส่ง อัตราตาย ๑.๓๔
ต่อหนึ่งแสนประชากร สาเหตุรองลงมาคือ การเจตนาทำร้ายตนเอง อัตราตาย ๐.๖๗ ต่อหนึ่งแสนประชากร
และปวดบวม อัตราตาย ๐.๓๙ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๓๓

ตารางที่ ๓๓ ๕ อันดับสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มวัยรุ่น (อายุ ๑๕ – ๒๑ ปี) จังหวัดขอนแก่น
จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ลำดับ	กลุ่มโรค	ชาย (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		หญิง (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		ภาพรวม (ต่อหนึ่งแสนประชากร)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	อุบัติเหตุการขนส่ง(V๐๑ - V๙๙)	๒๐	๑.๑๒	๔	๐.๒๒	๒๔	๑.๓๔
๒	การเจตนาทำร้ายตนเอง (X๖๐ - X๘๔)	๙	๐.๕๐	๓	๐.๑๗	๑๒	๐.๖๗
๓	ปวดบวม (J๑๒ - J๑๘)	๓	๐.๑๗	๔	๐.๒๒	๗	๐.๓๙
๔	อุบัติเหตุการตกน้ำ และการจมน้ำ (W๖๕ - W๗๔)	๔	๐.๒๒	๒	๐.๑๑	๖	๐.๓๔
๕	ลิวคีเมีย (C๙๑ - C๙๕)	๓	๐.๑๗	๒	๐.๑๑	๕	๐.๒๘

เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๑๕ – ๕๙ ปี) ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า
กลุ่มวัยทำงานเสียชีวิตทั้งหมด จำนวน ๔,๘๙๖ คน สัดส่วนการตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน ๓,๖๓๘ คน
เพศหญิง จำนวน ๑,๒๕๘ คน โดยสาเหตุหลักของการตาย ๓ อันดับแรก คือ ปวดบวม อัตราตาย ๑๘.๘๒
ต่อหนึ่งแสนประชากร สาเหตุรองลงมาคือ หลอดเลือดในสมอง อัตราตาย ๑๗.๗๖ ต่อหนึ่งแสนประชากร
และโลหิตเป็นพิษ อัตราตาย ๑๔.๗๔ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๓๔

ตารางที่ ๓๔ ๕ อันดับสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๑๕ – ๕๙ ปี) จังหวัดขอนแก่น
จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ลำดับ	กลุ่มโรค	ชาย (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		หญิง (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		ภาพรวม (ต่อหนึ่งแสนประชากร)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	ปวดบวม (J๑๒ - J๑๘)	๒๔๖	๑๓.๗๔	๙๑	๕.๐๘	๓๓๗	๑๘.๘๒
๒	หลอดเลือดในสมอง(I๖๐ - I๖๙)	๒๒๗	๑๒.๖๘	๙๑	๕.๐๘	๓๑๘	๑๗.๗๖
๓	โลหิตเป็นพิษ (A๔๐ - A๔๑)	๑๖๙	๙.๔๔	๙๕	๕.๓๐	๒๖๔	๑๔.๗๔
๔	โรคตับ (K๗๐ - K๗๖)	๒๒๐	๑๒.๒๘	๒๘	๑.๕๖	๒๔๘	๑๓.๘๕
๕	ไตวาย (N๑๖ - N๑๙)	๑๖๗	๙.๓๓	๗๘	๔.๓๖	๒๔๕	๑๓.๖๘

เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเสียชีวิตทั้งหมด จำนวน ๑๐,๖๔๐ คน สัดส่วนการตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน ๕,๕๖๔ คน เพศหญิง จำนวน ๕,๐๗๖ คน โดยสาเหตุหลักของการตาย ๓ อันดับแรก คือ ปวดบวม อัตราตาย ๔๗.๕๓ต่อหนึ่งแสนประชากร สาเหตุรองลงมาคือ ไตวาย อัตราตาย ๔๐.๙๙ ต่อหนึ่งแสนประชากร และหลอดเลือดในสมอง อัตราตาย ๓๕.๗๔ ต่อหนึ่งแสนประชากร ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ ๓๕

ตารางที่ ๓๕ ๕ อันดับสาเหตุการตายของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) จังหวัดขอนแก่น
จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ลำดับ	กลุ่มโรค	ชาย (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		หญิง (ต่อหนึ่งแสนประชากร)		ภาพรวม (ต่อหนึ่งแสนประชากร)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	ปวดบวม (J๑๒ - J๑๘)	๔๗๙	๒๖.๗๕	๓๗๓	๒๐.๘๓	๘๕๒	๔๗.๕๗
๒	ไตวาย (N๑๖ - N๑๙)	๓๖๔	๒๐.๓๓	๓๗๐	๒๐.๖๖	๗๓๔	๔๐.๙๙
๓	หลอดเลือดในสมอง(I๖๐ - I๖๙)	๓๖๑	๒๐.๑๖	๒๗๙	๑๕.๕๘	๖๔๐	๓๕.๗๔
๔	ภาวะเสื่อมของระบบประสาท(G๓๑)	๒๓๒	๑๒.๙๕	๓๔๓	๑๙.๑๕	๕๗๕	๓๒.๑๑
๕	โลหิตเป็นพิษ (A๔๐ - A๔๑)	๒๓๒	๑๒.๙๕	๒๔๐	๑๓.๔๐	๔๗๒	๒๖.๓๖

๖. การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

๖.๑ ดัชนีผู้ป่วยใน (Case Mix Index : CMI)

ตารางที่ ๓๖ ดัชนีผู้ป่วยในของสถานบริการสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

รหัส รพ.	โรงพยาบาล	ประเภท	จำนวน ผู้ป่วย	วันนอน ผู้ป่วยใน	Total Adj RW	CMI	เกณฑ์
๑๐๖๗๐	รพ.ขอนแก่น	A	๗๖,๐๒๔	๓๘๙,๙๙๗	๑๕๙,๘๑๕.๐๐	๒.๑๑	๑.๖๐
๑๐๙๙๘	รพ.ชุมแพ	M๑	๒๑,๐๔๘	๙๔,๐๕๗	๒๖,๙๑๐.๒๐	๑.๒๘	๑.๐๐
๑๒๒๗๕	รพ.สิรินธร จังหวัดขอนแก่น	M๑	๑๑,๑๘๖	๓๔,๕๖๙	๑๑,๕๔๗.๔๐	๑.๐๓	๑.๐๐
๑๑๐๐๐	รพ.น้ำพอง	M๒	๑๑,๒๗๔	๔๓,๘๕๓	๗,๖๗๗.๘๙	๐.๗๒	๐.๘๐
๑๑๐๐๒	รพ.บ้านไผ่	M๒	๑๐,๑๕๐	๓๘,๒๖๖	๘,๗๖๙.๙๔	๐.๘๗	๐.๘๐
๑๑๐๐๔	รพ.พล	M๒	๙,๘๓๑	๔๓,๑๕๑	๗,๒๒๓.๖๗	๐.๗๕	๐.๘๐
๑๑๔๔๕	รพ.ร.กระนวน	M๒	๑๑,๐๖๗	๓๗,๖๗๓	๗,๘๑๐.๕๒	๐.๗๑	๐.๘๐
๑๑๐๐๘	รพ.ภูเวียง	F๑	๖,๒๓๓	๑๗,๗๖๖	๓,๘๒๓.๙๑	๐.๖๒	๐.๖๐
๑๑๐๐๙	รพ.มัญจาคีรี	F๑	๔,๘๖๗	๒๐,๙๖๒	๓,๙๐๔.๙๔	๐.๘๐	๐.๖๐
๑๐๙๙๗	รพ.หนองเรือ	F๑	๗,๒๖๖	๒๓,๐๑๘	๔,๙๗๘.๙๘	๐.๖๙	๐.๖๐
๑๑๐๐๗	รพ.หนองสองห้อง	F๑	๔,๙๙๐	๑๕,๒๙๓	๓,๑๕๔.๘๐	๐.๖๓	๐.๖๐
๑๑๐๑๑	รพ.เขาสวนกวาง	F๒	๒,๓๗๒	๗,๘๕๔	๑,๕๙๔.๕๓	๐.๖๗	๐.๖๐
๑๑๐๑๐	รพ.ชนบท	F๒	๓,๓๙๙	๑๐,๔๔๘	๒,๓๓๙.๙๖	๐.๖๙	๐.๖๐
๑๔๓๓๒	รพ.ข้าสูง	F๒	๒,๗๑๒	๖,๙๓๙	๑,๙๕๙.๖๗	๐.๗๓	๐.๖๐
๑๐๙๙๕	รพ.บ้านฝาง	F๒	๓,๓๒๙	๑๐,๙๖๙	๒,๐๒๖.๓๒	๐.๖๑	๐.๖๐
๑๑๐๐๓	รพ.เปือยน้อย	F๒	๒,๕๑๘	๘,๙๐๐	๑,๘๒๐.๙๐	๐.๗๒	๐.๖๐
๑๐๙๙๖	รพ.พระยืน	F๒	๒,๘๗๗	๘,๘๘๒	๑,๘๑๖.๕๔	๐.๖๓	๐.๖๐
๑๑๐๑๒	รพ.ภูผาม่าน	F๒	๒,๐๑๒	๖,๐๐๓	๑,๒๓๑.๙๑	๐.๖๑	๐.๖๐
๑๑๐๐๖	รพ.แวงน้อย	F๒	๒,๖๘๘	๙,๘๙๒	๑,๙๐๙.๓๖	๐.๗๑	๐.๖๐
๑๑๐๐๕	รพ.แวงใหญ่	F๒	๒,๔๘๘	๙,๖๗๔	๑,๘๖๘.๔๘	๐.๗๖	๐.๖๐
๑๐๙๙๙	รพ.สีชมพู	F๒	๔,๖๔๕	๑๖,๙๕๕	๒,๙๒๖.๔๖	๐.๖๓	๐.๖๐
๑๑๐๐๑	รพ.อุบลรัตน์	F๒	๕,๐๗๕	๑๔,๑๕๓	๒,๘๕๓.๓๒	๐.๕๖	๐.๖๐

ที่มา : กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข <http://cmi.healtharea.net/>

ประมวล ณ วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕: ข้อมูลปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ครั้งที่ ๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ – กันยายน ๒๕๖๔)

๖.๒ อัตราการใช้บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ตารางที่ ๓๗ จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จำนวนวันนอน และอัตราครองเตียงโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

โรงพยาบาล	ระดับ	รับบริการผู้ป่วยใน							Active bed	จำนวนผู้ป่วยนอก	
		จำนวนผู้ป่วยใน			จำนวนเตียง		อัตราครองเตียง			คน	ครั้ง
		คน	วัน	วัน : คน	ตาม กรอบ	มีจริง	ตาม กรอบ	มีจริง			
๑๐๖๗๐ : โรงพยาบาลขอนแก่น	A	๗๓,๔๖๔	๓๔๔,๖๑๖	๔.๖๙	๑,๐๐๐	๑,๐๙๘	๙๔.๔๒	๘๕.๙๙	๙๔๔.๑๕	๒๕๗,๑๘๐	๙๐๗,๓๗๘
๑๐๙๙๘ : โรงพยาบาลชุมแพ	M๑	๒๑,๐๘๐	๙๒,๔๕๕	๔.๓๙	๒๕๐	๓๔๒	๑๐๑.๓๒	๗๔.๐๖	๒๕๓.๓๐	๑๑๒,๖๓๗	๔๑๔,๙๗๕
๑๒๒๗๕ : โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	M๑	๑๑,๗๐๑	๓๘,๐๙๕	๓.๒๖	๒๕๐	๑๕๒	๔๑.๗๕	๖๘.๖๖	๑๐๔.๓๗	๕๕,๓๙๓	๑๕๕,๗๕๖
๑๑๐๐๐ : โรงพยาบาลน้ำพอง	M๒	๑๑,๘๔๔	๔๗,๑๙๑	๓.๙๘	๑๒๐	๒๐๙	๑๐๗.๗๔	๖๑.๘๖	๑๒๙.๒๙	๖๑,๔๗๘	๒๐๔,๘๖๔
๑๑๐๐๒ : โรงพยาบาลบ้านไผ่	M๒	๑๐,๔๓๘	๔๐,๕๑๐	๓.๘๘	๙๐	๑๒๑	๑๒๓.๓๒	๙๑.๗๒	๑๑๐.๙๙	๕๕,๕๘๙	๒๒๖,๑๙๑
๑๑๐๐๔ : โรงพยาบาลพล	M๒	๑๐,๒๓๐	๔๗,๒๐๐	๔.๖๑	๙๐	๑๐๙	๑๔๓.๖๘	๑๑๘.๖๔	๑๒๙.๓๒	๖๐,๖๓๕	๒๑๙,๔๑๔
๑๑๔๔๕ : โรงพยาบาลสมเด็จพระ พระยุพราชกระนวน	M๒	๑๑,๒๒๒	๔๐,๘๓๔	๓.๖๔	๙๐	๑๒๒	๑๒๕.๓๐	๙๑.๗๐	๑๑๑.๘๗	๕๓,๕๑๐	๑๘๐,๓๘๐
๑๑๐๐๘ : โรงพยาบาลภูเวียง	F๑	๖,๖๘๐	๒๕,๒๐๗	๓.๗๗	๖๐	๗๐	๑๑๕.๑๐	๙๘.๖๖	๖๙.๐๖	๔๒,๑๖๕	๑๓๙,๔๖๓
๑๑๐๐๙ : โรงพยาบาลมัญจาคีรี	F๑	๔,๘๕๖	๒๐,๗๗๕	๔.๒๘	๙๐	๘๕	๖๓.๒๔	๖๖.๙๖	๕๖.๙๒	๓๘,๙๐๖	๑๔๓,๐๙๐
๑๐๙๙๗ : โรงพยาบาลหนองเรือ	F๑	๗,๓๐๔	๒๒,๙๕๔	๓.๑๔	๙๐	๙๙	๖๙.๘๘	๖๓.๕๒	๖๒.๘๙	๔๙,๖๘๔	๑๕๙,๓๑๒
๑๑๐๐๗ : โรงพยาบาลหนองสองห้อง	F๑	๕,๒๕๖	๑๖,๙๑๓	๓.๒๒	๖๐	๖๙	๗๗.๒๓	๖๗.๑๖	๔๖.๓๔	๔๐,๕๕๕	๑๒๖,๔๑๗
๑๑๐๑๑ : โรงพยาบาลเขาสวนกวาง	F๒	๒,๕๐๖	๙,๐๒๗	๓.๖๐	๓๐	๔๕	๘๒.๔๔	๕๔.๙๖	๒๔.๗๓	๒๐,๕๓๒	๘๗,๔๓๕
๑๑๐๑๐ : โรงพยาบาลชนบท	F๒	๓,๒๘๘	๑๑,๕๖๔	๓.๕๒	๓๐	๓๕	๑๐๕.๖๑	๙๐.๕๒	๓๑.๖๘	๒๔,๐๓๖	๗๙,๘๗๖
๑๔๑๓๒ : โรงพยาบาลข้าสูง	F๒	๒,๗๐๒	๖,๙๕๕	๒.๕๗	๓๐	๓๘	๖๓.๕๒	๕๐.๑๔	๑๙.๐๕	๑๔,๑๙๐	๖๓,๐๗๗
๑๐๙๙๕ : โรงพยาบาลบ้านฝาง	F๒	๓,๓๓๕	๑๐,๘๐๖	๓.๒๔	๓๐	๔๔	๙๘.๖๘	๖๗.๒๙	๒๙.๖๑	๓๐,๑๘๕	๙๔,๖๐๒
๑๑๐๐๓ : โรงพยาบาลเปือยน้อย	F๒	๒,๕๒๐	๘,๘๓๗	๓.๕๑	๓๐	๓๙	๘๐.๗๐	๖๒.๐๘	๒๔.๒๑	๑๔,๑๘๘	๕๙,๓๑๙
๑๐๙๙๖ : โรงพยาบาลพระยืน	F๒	๒,๘๗๐	๘,๗๐๓	๓.๐๓	๓๐	๓๔	๗๙.๔๘	๗๐.๑๓	๒๓.๘๔	๒๖,๓๕๒	๘๖,๖๖๒

ตารางที่ ๓๗ จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จำนวนวันนอน และอัตราครองเตียงโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ต่อ)

โรงพยาบาล	ระดับ	รับบริการผู้ป่วยใน							Active bed	จำนวนผู้ป่วยนอก	
		จำนวนผู้ป่วยใน			จำนวนเตียง		อัตราครองเตียง			คน	ครั้ง
		คน	วัน	วัน : คน	ตาม กรอบ	มีจริง	ตาม กรอบ	มีจริง			
๑๑๐๑๒ : โรงพยาบาลภูผาม่าน	F๒	๑,๗๓๒	๔,๕๓๘	๒.๖๒	๓๐	๓๓	๔๑.๔๔	๓๗.๖๘	๑๒.๔๓	๑๔,๕๗๓	๕๔,๗๗๓
๑๑๐๐๖ : โรงพยาบาลแวงน้อย	F๒	๒,๗๘๖	๑๐,๔๖๑	๓.๗๕	๓๐	๓๔	๙๕.๕๓	๘๔.๒๙	๒๘.๖๖	๒๓,๗๑๐	๑๐๒,๔๙๙
๑๑๐๐๕ : โรงพยาบาลแวงใหญ่	F๒	๒,๔๘๘	๙,๗๒๗	๓.๙๑	๓๐	๓๖	๘๘.๘๓	๗๔.๐๓	๒๖.๖๕	๑๙,๑๐๗	๗๐,๘๙๔
๑๐๙๙๙ : โรงพยาบาลสีชมพู	F๒	๔,๗๓๓	๑๗,๘๔๐	๓.๗๗	๖๐	๘๒	๘๑.๔๖	๕๙.๖๑	๔๘.๘๘	๓๗,๙๑๕	๑๓๓,๔๒๔
๑๑๐๐๑ : โรงพยาบาลอุบลรัตน์	F๒	๕,๑๑๔	๑๔,๕๒๗	๒.๘๔	๖๐	๗๐	๖๖.๓๓	๕๖.๘๖	๓๙.๘๐	๓๑,๐๕๑	๑๐๘,๑๖๐
๗๗๖๕๑ : โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย	F๓	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐.๐๐	๑๓,๙๑๒	๕๓,๘๕๖
๗๗๖๕๒ : โรงพยาบาลโนนศิลา	F๓	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐.๐๐	๑๐,๖๒๖	๓๖,๙๗๘
๗๗๖๕๐ : โรงพยาบาลเวียงเก่า	F๓	๑๑	๑๓๙	๑๒.๖๔	๐	๐	๐	๐	๐.๓๘	๑๒,๐๑๖	๔๔,๙๕๙
๗๗๖๔๙ : โรงพยาบาลหนองนาคำ	F๓	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐.๐๐	๑๒,๕๒๗	๔๗,๖๒๓
รวม		๒๐๘,๑๖๐	๘๔๙,๘๗๔	๔.๐๘	๒,๕๐๐	๒,๕๕๐	๒,๙๖๖	๙๑.๓๑	๗๘.๕๐	๑,๑๓๒,๖๑๒	๓,๙๙๑,๓๗๗

ที่มา : ข้อมูลบริการจาก Data center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ จำนวนเตียงจากการสำรวจกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

๖.๓ จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ตารางที่ ๓๘ จำนวนผู้ป่วยนอก จังหวัดขอนแก่น แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยนอกรวมอำเภอ		จำนวนผู้ป่วยนอก หน่วยบริการปฐมภูมิ		จำนวนผู้ป่วยนอก รายโรงพยาบาล		โรงพยาบาล
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	
เมืองขอนแก่น	๘๓๐,๐๔๑	๒,๘๒๐,๐๘๔	๓๔๙,๕๓๕	๑,๐๗๓,๑๓๘	๒๕๗,๑๘๐	๙๐๗,๓๗๘	รพ.ขอนแก่น
					๒๒๓,๓๒๖	๘๓๙,๕๖๘	รพ. อื่นๆ ใน อ.เมืองขอนแก่น
บ้านฝาง	๗๑,๒๐๘	๒๔๑,๓๓๗	๔๑,๐๒๓	๑๔๖,๗๓๕	๓๐,๑๘๕	๙๔,๖๐๒	รพ.บ้านฝาง
พระยืน	๕๔,๕๕๖	๑๘๘,๓๙๕	๒๘,๒๐๔	๑๐๑,๗๓๓	๒๖,๓๕๒	๘๖,๖๖๒	รพ.พระยืน
หนองเรือ	๑๑๕,๑๐๗	๔๒๗,๘๑๐	๖๕,๔๒๓	๒๖๘,๔๙๘	๔๙,๖๘๔	๑๕๙,๓๑๒	รพ.หนองเรือ
ชุมแพ	๒๐๕,๔๑๔	๗๙๙,๐๐๙	๙๒,๗๗๗	๓๘๔,๐๓๔	๑๑๒,๖๓๗	๔๑๔,๙๗๕	รพ.ชุมแพ
สีชมพู	๘๓,๖๘๙	๓๐๖,๑๙๖	๔๕,๗๗๔	๑๗๒,๗๗๒	๓๗,๙๑๕	๑๓๓,๔๒๔	รพ.สีชมพู
น้ำพอง	๑๔๑,๙๓๑	๔๓๙,๒๖๖	๘๐,๔๕๓	๒๓๔,๔๐๒	๖๑,๔๗๘	๒๐๔,๘๖๔	รพ.น้ำพอง
อุบลรัตน์	๕๙,๔๑๕	๒๑๖,๓๐๓	๒๘,๓๖๔	๑๐๘,๑๔๓	๓๑,๐๕๑	๑๐๘,๑๖๐	รพ.อุบลรัตน์
กระนวน	๙๗,๒๐๔	๓๓๒,๙๙๘	๔๓,๖๙๔	๑๕๒,๖๑๘	๕๓,๕๑๐	๑๘๐,๓๘๐	รพ.กระนวน
บ้านไผ่	๑๓๒,๔๔๖	๔๕๕,๒๖๕	๗๖,๘๕๗	๒๓๙,๐๗๔	๕๕,๕๘๙	๒๑๖,๑๙๑	รพ.บ้านไผ่
เปือยน้อย	๒๙,๒๗๔	๑๑๕,๒๔๖	๑๕,๑๒๖	๕๕,๙๒๗	๑๔,๑๔๘	๕๙,๓๑๙	รพ.เปือยน้อย
พล	๑๓๔,๔๑๒	๔๗๙,๒๒๖	๗๓,๗๗๗	๒๕๙,๘๑๒	๖๐,๖๓๕	๒๑๙,๔๑๔	รพ.พล
วางใหญ่	๓๖,๕๐๒	๑๓๖,๕๕๑	๑๗,๓๙๕	๖๕,๖๕๗	๑๙,๑๐๗	๗๐,๘๙๔	รพ.วางใหญ่
วางน้อย	๕๐,๗๕๘	๑๙๖,๒๒๓	๒๗,๐๔๘	๙๓,๗๒๔	๒๓,๗๑๐	๑๐๒,๔๙๙	รพ.วางน้อย
หนองสองห้อง	๙๕,๗๒๐	๓๒๖,๖๑๑	๕๕,๑๖๕	๒๐๐,๑๙๔	๔๐,๕๕๕	๑๒๖,๔๑๗	รพ.หนองสองห้อง
ภูเวียง	๙๕,๕๒๕	๓๓๓,๙๕๑	๕๓,๓๖๐	๑๙๔,๔๘๘	๔๒,๑๖๕	๑๓๙,๔๖๓	รพ.ภูเวียง

ตารางที่ ๓๘ จำนวนผู้ป่วยนอก จังหวัดขอนแก่น แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ต่อ)

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยนอกรวมอำเภอ		จำนวนผู้ป่วยนอก หน่วยบริการปฐมภูมิ		จำนวนผู้ป่วยนอก รายโรงพยาบาล		โรงพยาบาล
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	
มัญจาคีรี	๘๒,๗๖๙	๓๒๑,๗๖๑	๔๓,๘๖๓	๑๗๘,๖๗๑	๓๘,๙๐๖	๑๔๓,๐๙๐	รพ.มัญจาคีรี
ชนบท	๕๙,๐๓๙	๒๒๐,๐๓๔	๓๕,๐๐๓	๑๔๐,๑๕๘	๒๔,๐๓๖	๗๙,๘๗๖	รพ.ชนบท
เขาสวนกวาง	๔๕,๘๙๓	๑๘๐,๘๗๑	๒๕,๓๖๑	๙๓,๔๓๖	๒๐,๕๓๒	๘๗,๔๓๕	รพ.เขาสวนกวาง
ภูผาม่าน	๓๐,๗๒๒	๙๗,๖๙๓	๑๖,๑๔๙	๔๒,๙๒๐	๑๔,๕๗๓	๕๔,๗๗๓	รพ.ภูผาม่าน
ซำสูง	๓๓,๑๐๕	๑๔๒,๑๖๙	๑๘,๙๑๕	๗๙,๐๙๒	๑๔,๑๙๐	๖๓,๐๗๗	รพ.ซำสูง
โคกโพธิ์ไชย	๓๓,๖๕๓	๑๓๖,๑๔๒	๑๙,๗๔๑	๘๒,๒๘๖	๑๓,๙๑๒	๕๓,๘๕๖	รพ.โคกโพธิ์ไชย
หนองนาคำ	๒๙,๗๓๑	๑๑๙,๖๑๔	๑๗,๒๐๔	๗๑,๙๙๑	๑๒,๕๒๗	๔๗,๖๒๓	รพ.หนองนาคำ
บ้านแฮด	๘๒,๕๖๑	๒๖๔,๖๗๙	๒๗,๑๖๘	๑๐๘,๙๒๓	๕๕,๓๙๓	๑๕๕,๗๕๖	รพ.ศิรินคร จ. ขอนแก่น
โนนศิลา	๒๗,๕๐๖	๑๒๒,๓๕๒	๑๖,๘๘๐	๘๕,๓๗๔	๑๐,๖๒๖	๓๖,๙๗๘	รพ.โนนศิลา
เวียงเก่า	๒๕,๑๗๙	๙๒,๗๕๓	๑๓,๑๖๓	๔๗,๗๙๔	๑๒,๐๑๖	๔๔,๙๕๙	รพ.เวียงเก่า

ที่มา: ข้อมูลบริการจาก Data center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

บทที่ ๒

ความจำเป็นทางยุทธศาสตร์ ทิศทางการพัฒนาและจุดยืน ตำแหน่งของแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐

๓.๑ ความจำเป็นเชิงยุทธศาสตร์ เชิงนโยบาย

๑. ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านความมั่นคง

๑. การรักษาความสงบภายในประเทศ

- พัฒนาและเสริมสร้างคนให้เข้มแข็ง ตระหนักถึงเรื่องความมั่นคง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา
- สร้างความจงรักภักดีต่อสถาบันหลักของชาติ
- สร้างการเมืองในระบอบประชาธิปไตยที่มีเสถียรภาพ

๒. ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อความมั่นคง

- แก้ไขปัญหาเดิมที่มีอยู่อย่างจริงจังจนยุติ ไม่ส่งผลกระทบต่อประเทศ
- ติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาใหม่ที่จะเกิดขึ้น
- สร้างความปลอดภัยและสันติสุขอย่างถาวรในพื้นที่ชายแดนภาคใต้
- รักษาความมั่นคงและผลประโยชน์ทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทั้งทางบกและทางทะเล

๓. พัฒนาศักยภาพของประเทศให้พร้อมเผชิญภัยคุกคามที่กระทบต่อความมั่นคงของชาติ

- พัฒนาระบบงานข่าวกรองแห่งชาติแบบบูรณาการ
- พัฒนากองทัพและหน่วยงานความมั่นคงพร้อมเผชิญภัยคุกคาม
- พัฒนาระบบเตรียมพร้อมแห่งชาติและการบริหารจัดการภัยคุกคาม

๔. บูรณาการความร่วมมือด้านความมั่นคงกับอาเซียนและนานาชาติรวมถึงองค์กรภาครัฐและที่มีใช้ภาครัฐ

- สร้างและรักษาตุลยภาพสภาวะแวดล้อมระหว่างประเทศ
- เสริมสร้างและดำรงไว้ซึ่งสันติภาพและความมั่นคงของภูมิภาค
- ร่วมมือทางการพัฒนากับประเทศเพื่อนบ้าน ภูมิภาค โลก รวมถึงองค์กรภาครัฐและที่มีใช้ภาครัฐ

๕. พัฒนากลไกการบริหารจัดการความมั่นคงแบบบูรณาการ

- พัฒนากลไกให้พร้อมสำหรับการติดตาม เฝ้าระวัง แจ้งเตือน ป้องกัน และแก้ไขปัญหาความมั่นคงแบบบูรณาการ อย่างเป็นรูปธรรม
- บริหารจัดการความมั่นคงให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศในมิติอื่น ๆ
- พัฒนากลไกและองค์กรขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง

ยุทธศาสตร์ ๒ ด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน

๑. เพิ่มผลผลิตภาพการผลิตทั้งเชิงปริมาณ มูลค่าและความหลากหลายของสินค้าเกษตร เพื่อรักษารายได้เดิมและสร้างรายได้อีก
๒. เปลี่ยนแปลงพื้นฐานโครงสร้างอุตสาหกรรมและบริการด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีแห่งอนาคต เพิ่มบุคลากรที่มีทักษะความรู้ตามความต้องการของตลาด
๓. พัฒนาศักยภาพด้านการท่องเที่ยวให้มีมูลค่าสูง ด้วยอัตลักษณ์และวัฒนธรรมไทย สร้างสรรค์คุณค่าทางเศรษฐกิจและความหลากหลายของการท่องเที่ยว
๔. พัฒนาด้านโครงข่ายคมนาคม พื้นที่และเมือง รวมถึงเทคโนโลยี เพื่ออำนวยความสะดวกและลดต้นทุนในการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ เงินทุน บุคลากร และเชื่อมโยงประเทศไทยกับประชาคมโลก
๕. สร้างและพัฒนาผู้ประกอบการที่มีทักษะและมีความสามารถในการแข่งขันที่มีอัตลักษณ์ชัดเจน
๖. มีนวัตกรรมในการสร้างโมเดลธุรกิจ สินค้าและบริการ และกระบวนการผลิตและบริการ

ยุทธศาสตร์ ๓ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

๑. ปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม มุ่งเน้นให้สถาบันทางสังคมร่วมปลูกฝังค่านิยมวัฒนธรรมที่พึงประสงค์
๒. พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้มีศักยภาพ มีทักษะความรู้ เป็นคนดีมีวินัย มีความรอบรู้ทางการเงิน มีความสามารถในการวางแผนชีวิตที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย
๓. ปฏิรูปการเรียนรู้แบบพลิกโฉม พัฒนาระบบการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ ๒๑
๔. ตระหนักถึงพหุปัญญาของมนุษย์ ที่หลากหลาย อาทิ ภาษา ตรรกะและคณิตศาสตร์ ดนตรี กีฬา สร้างเสริมศักยภาพผู้มีความสามารถพิเศษให้สามารถต่อยอดการประกอบอาชีพได้อย่างมั่นคง
๕. เสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ทั้งกาย ใจ สติปัญญา และสังคม ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี
๖. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ ส่งเสริมบทบาทในการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ครอบครัวยุคใหม่และชุมชนในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
๗. เสริมสร้างศักยภาพ การกีฬาในการสร้างคุณค่าทางสังคมและพัฒนาประเทศ ใช้กิจกรรมนันทนาการและกีฬาในการเสริมสร้างสุขภาวะ พัฒนาทักษะด้านกีฬาสู่ความเป็นเลิศ และเป็นอาชีพในระดับนานาชาติ

ยุทธศาสตร์ ๔ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

๑. การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ
 - ปรับโครงสร้างเศรษฐกิจฐานราก กระจายการถือครองทรัพย์สิน โดยการปฏิรูประบบภาษี
 - สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย
 - ลงทุนทางสังคมแบบมุ่งเป้าเพื่อช่วยเหลือกลุ่มคนยากจนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสโดยตรง
๒. การกระจายศูนย์กลางความเจริญทางเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี
 - กำหนดจังหวัดหลักที่จะเป็นศูนย์กลางความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม
 - กำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละกลุ่มจังหวัดในมิติต่างๆ
 - จัดระบบเมืองที่เอื้อต่อการสร้างชีวิตและสังคมที่มีคุณภาพและปลอดภัย
 - ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน

๓. การเสริมสร้างพลังทางสังคมเพื่อเตรียมรองรับสังคมสูงวัย
 - สร้างสังคมเข้มแข็งที่แบ่งปัน ไม่ทอดทิ้งกัน และมีคุณธรรม
 - จัดตั้งกองทุนที่มีการระดมทุนร่วมระหว่างรัฐ เอกชน วิชาการ ประชาชนและประชาสังคม เตรียมการรองรับสังคมสูงวัย
 - ส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศและบทบาทของสตรีในการสร้างสรรค์สังคม
๔. การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาการพึ่งตนเองและการจัดการตนเอง
 - เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการพึ่งตนเองและการพึ่งพากันเอง
 - ปรับปรุงอำนาจระหว่างประชาชนกับนักการเมืองและเจ้าหน้าที่รัฐเพื่อสร้างประชาธิปไตยระดับฐานรากชุมชน

ยุทธศาสตร์ ๕ ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

๑. สร้างการเติบโตอย่างยั่งยืนบนสังคมเศรษฐกิจสีเขียว
 - เพิ่มมูลค่าของเศรษฐกิจฐานชีวภาพ
 - ฟื้นฟูแม่น้ำลำคลองให้ครอบคลุมแม่น้ำลำคลอง
 - รักษาและเพิ่มพื้นที่สีเขียวที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
 - ส่งเสริมการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน
๒. สร้างการเติบโตอย่างยั่งยืนบนสังคมเศรษฐกิจภาคทะเล
 - เพิ่มมูลค่าของเศรษฐกิจฐานชีวภาพทางทะเล
 - ปรับปรุง ฟื้นฟู และสร้างใหม่ทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่งทั้งระบบ
 - ลดพื้นที่ที่มีปัญหาการกัดเซาะชายฝั่ง
๓. สร้างการเติบโตอย่างยั่งยืน บนสังคมเศรษฐกิจที่เป็นมิตรต่อสภาพภูมิอากาศ
 - ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกอย่างน้อย
 - มีการปรับตัวเพื่อลดความสูญเสียและเสียหายจากภัยธรรมชาติและผลกระทบที่เกี่ยวข้อง
 - มีการลงทุนที่เป็นมิตรต่อสภาพภูมิอากาศ
๔. พัฒนาพื้นที่เมือง ชนบท เกษตรกรรมและอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ
 - จัดทำแผนผังภูมินิเวศ
 - พัฒนาพื้นที่เมือง ชนบท เกษตรกรรม
 - จัดการมลพิษ ขยะ น้ำเสีย และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม
 - จัดให้มีองค์กรพัฒนาเมืองและชุมชน
๕. พัฒนาความมั่นคงทางน้ำ พลังงาน และเกษตรที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
 - พัฒนาการจัดการน้ำทั้งระบบ
 - เพิ่มผลิตภาพของน้ำทั้งระบบ
 - พัฒนาความมั่นคงพลังงานของประเทศ
 - เพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงาน

๖. ยกระดับกระบวนการทัศน์ เพื่อกำหนดอนาคตประเทศไทย

- ส่งเสริมคุณลักษณะและพฤติกรรมที่พึงประสงค์
- พัฒนาเครื่องมือ กลไกและระบบยุติธรรม การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- จัดโครงสร้างเชิงสถาบันเพื่อจัดการประเด็นร่วม

ยุทธศาสตร์ ๖ ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

๑. ภาครัฐที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองความต้องการ และให้บริการอย่างสะดวก รวดเร็ว โปร่งใส
๒. ภาครัฐบริหารงานแบบบูรณาการโดยมียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายและเชื่อมโยงการพัฒนา ในทุกระดับ ทุกประเด็น ทุกภารกิจ และทุกพื้นที่
๓. ภาครัฐมีขนาดเล็กลง เหมาะสมกับภารกิจ เปิดกว้าง ส่งเสริมให้ประชาชนและทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ
๔. ภาครัฐมีความทันสมัย ทนต่อการเปลี่ยนแปลงและมีขีดสมรรถนะสูง
๕. บุคลากรภาครัฐเป็นคนดีและเก่ง ยึดหลักคุณธรรม มีจิตสำนึก มีความสามารถสูง มุ่งมั่น และเป็นมืออาชีพในการพัฒนาประเทศ
๖. ภาครัฐมีความโปร่งใส ปลอดการทุจริตและประพฤติมิชอบ ทุกภาคส่วนร่วมต่อต้านการทุจริต
๗. กฎหมายมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทต่างๆ และมีเท่าที่จำเป็น
๘. กระบวนการยุติธรรมเคารพสิทธิมนุษยชนและปฏิบัติต่อประชาชนโดยเสมอภาค ความเป็นกลาง น่าเชื่อถือ โปร่งใส ตรวจสอบได้

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านการสาธารณสุข

วิสัยทัศน์(Vision) : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission) : พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

ค่านิยมองค์กร (Core Values) :

- M: Mastery คือ เป็นนายตนเอง
- O: Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่
- P: People centered approach คือ ใส่ใจประชาชน
- H: Humility คือ ถ่อมตนอ่อนน้อม

เป้าหมาย (Ultimate Goal) : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) :

- ๑) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี
- ๒) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี
- ๓) ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
- ๔) ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
- ๕) การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ ๒๐
- ๖) ความครอบคลุม (Coverage) สัดส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อประชากร ๓,๓๓๕ คน และสัดส่วนเตียงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๒.๓ ต่อพันประชากร

- ๓) มีคุณภาพ (Quality) รพศ., รพท., รพ.สังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ร้อยละ ๑๐๐ และ รพช. ร้อยละ ๙๐
- ๔) มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐

ความสอดคล้องของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙)

การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) ใน ๔ ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ ๑) ยุทธศาสตร์การสร้างความสามารถในการแข่งขัน โดยการพัฒนาศาขาบริการที่ไทยมีศักยภาพที่สอดคล้องกับบริบทโลกในอนาคต ได้แก่ ธุรกิจบริการสุขภาพและการเสริมสร้างสุขภาวะ และสถานบริการสุขภาพและความงาม และการส่งเสริมธุรกิจบริการทางการแพทย์ โดย ต้องมีการลงทุนอย่างจริงจังในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และเครื่องมือแพทย์ รวมทั้งมาตรฐานการบริการ เพื่อให้ประเทศไทยสามารถเป็นเจ้าของเทคโนโลยีได้เอง ซึ่งจะเป็นการสร้างฐานที่เข้มแข็งในการเป็นศูนย์กลางบริการทางแพทย์ของภูมิภาคในระยะต่อไป ๒) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน ครอบคลุมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี และการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่ ๓) ยุทธศาสตร์การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยการสร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย อาทิ การพัฒนาระบบบริหารจัดการหลักประกัน สุขภาพ และ ๔) ยุทธศาสตร์การปรับสมดุล และพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ โดยทบทวนบทบาทภารกิจของหน่วยงานภาครัฐให้มีความเหมาะสม รวมทั้งถ่ายโอนภารกิจที่สำคัญเพื่อกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ปรับ โครงสร้าง และระบบบริหารงานราชการใหม่ในรูปแบบของหน่วยงานพิเศษที่ต้องอาศัยการดำเนินงานที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว ไม่ยึดติดกับโครงสร้างและระบบราชการแบบเดิม และพัฒนาปรับระบบวิธีการปฏิบัติราชการให้ทันสมัย มุ่งผลสัมฤทธิ์ มีความโปร่งใส ยืดหยุ่น และคล่องตัวสูง ลดความซ้ำซ้อน รวมถึงเปิดโอกาส ให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างเหมาะสม

แผนการปฏิรูปประเทศ ๑๑ ด้าน ประกอบด้วย

- ๑. ด้านการเมือง
- ๒. ด้านการบริหารราชการแผ่นดิน
- ๓. ด้านกฎหมาย
- ๔. ด้านกระบวนการยุติธรรม
- ๕. ด้านเศรษฐกิจ
- ๖. ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- ๗. ด้านสาธารณสุข
- ๘. ด้านสื่อสารมวลชน เทคโนโลยีสารสนเทศ
- ๙. ด้านสังคม
- ๑๐. ด้านพลังงาน
- ๑๑. ด้านป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ

มีแผนที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ๑ ด้าน ดังนี้

ด้านสาธารณสุข

หมวด ๖ แผนนโยบายแห่งรัฐ **มาตรา ๗๑** รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว อันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริม และพัฒนาการเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง และมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริม และพัฒนาการกีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน และรัฐพึงส่งเสริม และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดีมีคุณภาพ และความสามารถสูงขึ้น และรัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้ง ให้การบำบัด พ้นฟูและเยียวยาผู้ถูกกระทำดังกล่าว และในการจัดสรรงบประมาณ รัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็น และความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัย และสภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อความเป็นธรรม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐)

หมวดหมู่ที่ ๑ ไทยเป็นประเทศชั้นนำด้านสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมแบบมุ่งเป้า เพื่อให้เกิดการยกระดับ กระบวนการผลิต และสร้างมูลค่าเพิ่ม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ สนับสนุนการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมการผลิตและแปรรูปแบบมุ่งเป้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ ส่งเสริมและขยายผลงานวิจัยจากหน่วยงานวิจัย มหาวิทยาลัย และสถาบัน อาชีวศึกษา ภาคเอกชน และองค์กรเกษตรกรที่มีส่วนในการพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรม

กลยุทธ์ที่ ๒ การส่งเสริมการผลิตและการขยายตัวของตลาด ของสินค้าเกษตรและผลิตภัณฑ์ เกษตรแปรรูป ที่มีมูลค่าเพิ่มสูง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาและทำธุรกิจผลิตภัณฑ์เกษตรแปรรูป มูลค่าเพิ่มสูงที่มี ศักยภาพทางการตลาดในอนาคต

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ กำหนดแผนที่น่าทางในการพัฒนาและส่งเสริมการผลิตและใช้ผลิตภัณฑ์ชีวภาพ ที่ผลิตจากวัตถุดิบทางการเกษตร ของเหลือทิ้งจากกระบวนการผลิตภาคเกษตร และผลพลอยได้อื่น

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๓ ส่งเสริมให้เกษตรกรประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี นวัตกรรม กระบวนการผลิต ที่หลากหลาย รวมทั้งการใช้คลังข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๔ ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนการเพาะปลูกพืชในพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม ไปสู่การผลิต สินค้าเกษตรที่มีมูลค่าเพิ่มสูง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๕ รณรงค์ และส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีการตระหนัก เลือกใช้ และบริโภคสินค้าเกษตรและ เกษตรแปรรูปที่ปลอดภัย มีคุณภาพสูง และได้มาตรฐาน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๖ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ส่วนราชการมีการใช้สินค้าเกษตรและ สินค้าเกษตรแปรรูป ที่ได้คุณภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓ การขยายผลรูปแบบเกษตรยั่งยืนที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและมีมูลค่าเพิ่มสูงจากแบบอย่าง ความสำเร็จในประเทศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ ส่งเสริมการ ทาเกษตรยั่งยืนที่ตระหนักถึงผลกระทบกับสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา ที่อาศัยธรรมชาติเป็นพื้นฐาน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ สนับสนุนปัจจัยการผลิตที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการขยายผลรูปแบบเกษตรกรรม เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและมีมูลค่าเพิ่มสูง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๓ จัดให้มีการบริหาร อนุรักษ์ เพาะพันธุ์ เพาะเลี้ยง พื้นที่ป่าชายเลน ชายฝั่ง น้ำตื้น น้ำลึก และประมงพื้นบ้าน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๔ ขยายผลแบบอย่างความสำเร็จในการบริหารจัดการเพื่อผลิตสินค้าเกษตร ให้สอดคล้องกับทรัพยากรของชุมชนที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ ๔ การพัฒนาระบบบริหารจัดการน้ำเพื่อการเกษตรให้มีความสมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทาน รวมทั้งการใช้น้ำซ้ำ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๑ ส่งเสริมและผลักดันการเพิ่มพื้นที่ป่าต้นน้ำ / ป่าเศรษฐกิจที่สามารถสร้างรายได้ ในพื้นที่ที่ไม่เหมาะสมสำหรับการปลูกพืช

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๒ เร่งพัฒนาและฟื้นฟูระบบชลประทานและการกระจายน้ำในพื้นที่เขตชลประทาน และพัฒนาและบริหารจัดการแหล่งน้ำนอกเขตชลประทานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการจัดการตะกอนที่เหมาะสม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๓ ดำเนินการให้มีการจัดการตะกอนอย่างเหมาะสม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๔ บริหารจัดการและวางแผนการใช้น้ำอย่างเป็นระบบและสมดุลตลอดจนพัฒนาและ ถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ ๕ การส่งเสริมให้เอกชนลงทุนพัฒนาตลาดกลางและตลาดออนไลน์สินค้าเกษตร รวมถึงสินค้า กลุ่มปศุสัตว์และประมง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๑ พัฒนาปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อและจูงใจให้เอกชนลงทุนและพัฒนาตลาดกลางภูมิภาค / ตลาดในชุมชน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๒ ผลักดันให้มีการจัดเก็บข้อมูลราคาสินค้าเกษตรเปรียบเทียบระหว่างตลาดภูมิภาค และตลาดส่วนกลางอย่างเนื่อง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๓ พัฒนาความรู้และทักษะให้เกษตรกรสามารถซื้อขายผลผลิตผ่านตลาดออนไลน์ สินค้าเกษตร

กลยุทธ์ที่ ๖ การสนับสนุนระบบประกันภัยและรับรองคุณภาพมาตรฐานสินค้าเกษตรและสินค้าเกษตร แปรรูปที่เกษตรกรเข้าถึงได้

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๑ เพิ่มประสิทธิภาพของระบบประกันภัยสินค้าเกษตรให้มีความหลากหลายและเหมาะสมกับรูปแบบการผลิตสินค้าเกษตร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๒ ดำเนินการให้มีการปรับลดต้นทุนการทำธุรกรรมของเกษตรกรที่เกี่ยวข้องกับการขอรับรองมาตรฐานต่าง ๆ ตลอดทั้งห่วงโซ่อุปทาน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๓ สนับสนุนบทบาทของเอกชนในการเชื่อมโยงผลผลิตของเกษตรกรที่ได้มาตรฐาน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๔ เจริญหรือทำข้อตกลงให้มาตรฐานสินค้าเกษตรและผลิตภัณฑ์ของไทย เป็นที่ยอมรับในต่างประเทศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๕ เร่งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางคุณภาพของประเทศ รวมถึงกระบวนการทดสอบ คุณภาพที่จำเป็น

กลยุทธ์ที่ ๗ การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการฟาร์มและกิจกรรมหลังการเก็บเกี่ยวเพื่อลดต้นทุน และเพิ่มมูลค่าผลผลิตของเกษตรกร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๗.๑ สนับสนุนบทบาทสถาบันเกษตรกร (สหกรณ์ / กลุ่มเกษตรกร / วิสาหกิจชุมชน) ในฐานะหน่วยธุรกิจของเกษตรกร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๗.๒ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกในการรวบรวมและขนส่ง สินค้าเกษตร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๗.๓ พัฒนาให้มีการจัดเก็บข้อมูลความสูญเสียในกระบวนการผลิตของภาคเกษตร (Farm Loss) สำหรับใช้เป็นฐานในการวัดในอนาคต

กลยุทธ์ที่ ๘ การส่งเสริมให้เกษตรกรมีที่ทำกินและรักษาพื้นที่เกษตรกรรมที่เหมาะสมไว้เป็นฐานการผลิต การเกษตร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๘.๑ สนับสนุนและส่งเสริมการจัดสรรที่ดินทำกินให้กับเกษตรกรอย่างเป็นระบบ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๘.๒ คุ้มครองพื้นที่เกษตรกรรมที่มีศักยภาพและขยายโอกาสในการเข้าถึงพื้นที่ทำกิน

กลยุทธ์ที่ ๙ การพัฒนาฐานข้อมูลและคลังข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร รวมทั้งผลักดันให้มีการใช้ข้อมูล อย่างมีประสิทธิภาพ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๙.๑ พัฒนาระบบคลังข้อมูลด้านเกษตรให้เชื่อมโยงกัน และเป็นข้อมูลเปิด

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๙.๒ พัฒนาแพลตฟอร์มและแอปพลิเคชันสำหรับการเข้าถึงคลังข้อมูลต่าง ๆ

กลยุทธ์ที่ ๑๐ การพัฒนาให้เกิดระบบการบริหารจัดการเพื่อความมั่นคงทางด้านอาหาร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๐.๑ ส่งเสริมให้ชุมชนสามารถเข้าถึงความมั่นคงอาหารทั้งด้านปริมาณและโภชนาการ ครบถ้วน รวมถึงระบบสำรองอาหาร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๐.๒ เตรียมการบริหารจัดการการกระจายสินค้าเกษตรและอาหารในภาวะวิกฤต

กลยุทธ์ที่ ๑๑ การยกระดับขีดความสามารถของเกษตรกรและสถาบันเกษตรกร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๑.๑ พัฒนาต่อยอดองค์ความรู้และทักษะในการบริหารจัดการฟาร์มและการดำเนิน ธุรกิจการเกษตรในยุคดิจิทัล

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๑.๒ ยกระดับความความเข้มแข็งและความสามารถในการดำเนินธุรกิจเพิ่มมูลค่าของ สหกรณ์การเกษตร กลุ่มเกษตรกร และวิสาหกิจชุมชน รวมทั้งสนับสนุนบทบาทภาคเอกชนและสถาบันการศึกษาทั้งระดับอาชีวศึกษา และอุดมศึกษาในพื้นที่

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๑.๓ ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบเกี่ยวกับการพัฒนาสหกรณ์ให้สอดคล้องกับ การเปลี่ยนแปลงและเอื้อกับการสร้างความเข้มแข็งของสหกรณ์

กลยุทธ์ที่ ๑๒ การพัฒนากลไกเพื่อเชื่อมโยงภาคีต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ส่วนราชการ กลุ่มเกษตรกร และ นักวิชาการในพื้นที่ ในการเป็นหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจในการพัฒนาภาคเกษตรตลอดห่วงโซ่อุปทาน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๒.๑ สนับสนุนบทบาทขององค์กรหรือสภาเกษตรกรในกลไกความร่วมมือภาครัฐ ภาคเอกชน และภาควิชาการในแต่ละจังหวัด
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๒.๒ ส่งเสริมบทบาทภาคเอกชนในการเป็นหุ้นส่วนเศรษฐกิจกับสถาบันเกษตรกร และ เกษตรกรในรูปแบบธุรกิจต่างๆ

หมุดหมายที่ ๒ ไทยเป็นจุดหมายของการท่องเที่ยวที่เน้นคุณภาพและความยั่งยืน

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การส่งเสริมการพัฒนากิจกรรม สินค้า และบริการ การท่องเที่ยวมูลค่าเพิ่มสูง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ พัฒนาการท่องเที่ยวตามแนวคิดโมเดลอาร์มดีมีความสุขในแผนการปฏิรูป ประเทศด้านเศรษฐกิจ ฉบับปรับปรุง
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ ส่งเสริมการพัฒนากิจกรรมท่องเที่ยวคุณภาพที่มีศักยภาพในการเติบโตสูง

กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาและยกระดับการท่องเที่ยวที่มีศักยภาพรองรับนักท่องเที่ยวทั่วไป

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ สนับสนุนให้ผู้ประกอบการและสตาร์ทอัพประยุกต์ใช้แนวคิดเศรษฐกิจสร้างสรรค์ เอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม เทคโนโลยี และนวัตกรรมในการพัฒนา และสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับการท่องเที่ยว
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ ส่งเสริมการพัฒนาแหล่งและบริการการท่องเที่ยวคุณภาพในพื้นที่เมืองรองที่มี ศักยภาพและกระจายเส้นทางท่องเที่ยวให้หลากหลายอย่างทั่วถึง
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๓ สนับสนุนการท่องเที่ยวโดยชุมชนและการท่องเที่ยวในเมืองรอง
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๔ ส่งเสริมให้เอกชนมีความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว ของชุมชน

กลยุทธ์ที่ ๓ การยกระดับบริการและการบริหารจัดการการท่องเที่ยวให้ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของ ตลาดสากล

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ สนับสนุนการจัดการการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนตามแนวคิด BCG
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ ปรับปรุงการบริหารจัดการในแหล่งท่องเที่ยวและสถานประกอบการท่องเที่ยว ให้ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับในระดับสากล
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๓ สนับสนุนให้มีการเก็บค่าธรรมเนียมนักท่องเที่ยวเข้า “กองทุนเพื่อส่งเสริม การท่องเที่ยวไทย”

กลยุทธ์ที่ ๔ การพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคลากรในภาคการท่องเที่ยว

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๑ ยกระดับการพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคลากรในภาคการท่องเที่ยว
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๒ ส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้บุคลากรภาคการท่องเที่ยวและบริการ ที่เกี่ยวข้องเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลของภาครัฐและมีการขึ้นทะเบียนแรงงานภาคการท่องเที่ยวอย่างถูกต้อง
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๓ กำหนดแนวปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้ประกอบการธุรกิจ บุคลากร และนักท่องเที่ยว ในแหล่งท่องเที่ยวต่าง ๆ

กลยุทธ์ที่ ๕ การปรับปรุงกฎหมาย/กฎระเบียบ และขั้นตอนที่ล่าสมัยและเป็นอุปสรรคต่อการทำธุรกิจและ การขอใบอนุญาตของผู้ประกอบการรายย่อย

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๑ ปรับปรุงกฎหมาย/กฎระเบียบด้านงบประมาณ และการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ ให้เอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการลงทุนและพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวร่วมกับชุมชนและภาครัฐ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๒ ปรับปรุงข้อจำกัดของกฎหมาย และลดขั้นตอนกฎระเบียบที่ล่าสมัยและเป็นอุปสรรคต่อการทำธุรกิจและการขอใบอนุญาตของสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยว

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๓ ปรับปรุงกฎหมาย/กฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อเทคโนโลยีด้านการท่องเที่ยว

กลยุทธ์ที่ ๖ การพัฒนาระบบข้อมูลการท่องเที่ยวให้เป็นระบบการท่องเที่ยวอัจฉริยะที่นักท่องเที่ยว ผู้ประกอบการ และภาครัฐ สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๑ ปรับปรุงระบบการจัดเก็บข้อมูลเชิงลึกด้านการท่องเที่ยว ให้มีความเป็นเอกภาพ น่าเชื่อถือ และทันสมัย

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๒ สนับสนุนการเชื่อมโยงฐานข้อมูลของภาครัฐและเอกชน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๓ พัฒนาระบบข้อมูลขนาดใหญ่สำหรับการท่องเที่ยว และบูรณาการความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หมวดหมู่ที่ ๓ ไทยเป็นฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้าที่สำคัญของโลก

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การส่งเสริมให้ผู้ใช้ในภาคส่วนต่าง ๆ ของประเทศปรับเปลี่ยนมาใช้ยานยนต์ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ ส่งเสริมมาตรการจูงใจเพื่อส่งเสริมการใช้ยานยนต์ไฟฟ้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ ส่งเสริมการใช้ยานยนต์ไฟฟ้าในระบบขนส่งสาธารณะ หน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรการมหาชน ในทุกประเภทของยานยนต์ไฟฟ้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๓ สนับสนุนให้ประชาชนดัดแปลงรถยนต์เก่าเป็นยานยนต์ไฟฟ้าดัดแปลง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๔ จัดทำแผนประชาสัมพันธ์ยานยนต์ที่ปล่อยมลพิษเป็นศูนย์

กลยุทธ์ที่ ๒ การสนับสนุนให้เกิดการขยายตัวของตลาดส่งออกยานยนต์ไฟฟ้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ สนับสนุนการขยายตลาดยานยนต์ไฟฟ้าควบคู่กับการรักษาฐานการส่งออกผลิตภัณฑ์ที่ยังมีความสามารถในการทำตลาดในประเทศคู่ค้าหลักของไทย

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ ส่งเสริมการส่งออกยานยนต์ไฟฟ้าพลังงานแบตเตอรี่

กลยุทธ์ที่ ๓ การกำหนดเป้าหมาย/แผน และดำเนินการเปลี่ยนผ่านอุตสาหกรรมยานยนต์เดิมไปสู่ยานยนต์ไฟฟ้า อย่างเป็นระบบชัดเจนตลอดทั้งห่วงโซ่อุปทาน ในระยะ ๕ ปี

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ ส่งเสริมให้ไทยเป็นศูนย์กลางฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ ส่งเสริมการผลิตยานยนต์ที่มีคุณสมบัติ “สะอาด ประหยัด ปลอดภัย”

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๓ ส่งเสริมให้เกิดการสร้างฐานการผลิตแบตเตอรี่ รวมถึงชิ้นส่วนสำคัญ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๔ ส่งเสริมการเชื่อมโยงห่วงโซ่อุปทาน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๕ ส่งเสริมให้สุดยอดผลิตภัณฑ์ (Product Champion) ของประเทศไทย

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๖ รักษาความสามารถในการแข่งขันของผลิตภัณฑ์กลุ่มที่ยังมีความสามารถในการทำตลาดและยังไม่สามารถพัฒนาไปสู่ยานยนต์ไฟฟ้าในระยะเวลาอันสั้น
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๗ สนับสนุนให้ผู้ประกอบการเดิมที่มีศักยภาพให้สามารถปรับเปลี่ยนไปสู่สายการผลิตของยานยนต์ไฟฟ้าได้
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๘ ศึกษาแนวทางการกำจัดซากรถยนต์ และซากชิ้นส่วนยานยนต์ที่ใช้แล้วในประเทศไทย

กลยุทธ์ที่ ๔ การยกระดับขีดความสามารถของผู้ประกอบการไทยในการลงทุนผลิตยานยนต์ไฟฟ้า แบตเตอรี่และชิ้นส่วนสำคัญ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๑ ส่งเสริมการพัฒนาอย่างเป็นลำดับขั้นเพื่อให้ผู้ประกอบการสามารถปรับตัวและไม่กระทบเศรษฐกิจในช่วงระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๒ กำหนดสิทธิประโยชน์เพื่อส่งเสริมการลงทุน สนับสนุนด้านการเงิน ด้านภาษี
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๓ ส่งเสริมการนำเทคโนโลยี
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๔ ส่งเสริมการดัดแปลงยานยนต์ไฟฟ้าในรถเก่า
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๕ ส่งเสริมการร่วมทุนหรือการเป็นหุ้นส่วนทางธุรกิจ

กลยุทธ์ที่ ๕ มาตรการสำหรับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๑ ส่งเสริมผู้ประกอบการในกลุ่มเครื่องยนต์และระบบส่งกำลังของรถยนต์สันดาป ภายในที่ต้องการเปลี่ยนผ่านไปสู่อุตสาหกรรมอื่น
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๒ กำหนดมาตรการเยียวยาให้ผู้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านไปสู่อุตสาหกรรมยานยนต์ไฟฟ้า

กลยุทธ์ที่ ๖ การวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับยานยนต์ไฟฟ้าและยานยนต์ไร้คนขับ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๑ จัดตั้งกิจการร่วมด้านการวิจัยและนวัตกรรม
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๒ ส่งเสริมให้ผู้ผลิตรายอื่น ผู้ผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ ใช้โครงสร้างพื้นฐานทางปัญญาของภาครัฐที่สร้างขึ้น
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๓ ส่งเสริมงานวิจัยและการจัดทำระเบียบรองรับการวิจัยและพัฒนาที่ยานยนต์ที่ปล่อยมลพิษเป็นศูนย์และระบบการขับเคลื่อนอัตโนมัติ การเชื่อมต่อ การปรับให้เป็นระบบไฟฟ้าและการแบ่งปันกันใช้งาน

กลยุทธ์ที่ ๗ โครงสร้างพื้นฐานด้านพลังงานที่มีความพร้อมรองรับปริมาณการใช้งานยานยนต์ไฟฟ้าในอนาคตได้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๗.๑ ส่งเสริมการลงทุนและพัฒนาจุดอัดประจุหรือเครื่องชาร์จยานยนต์ไฟฟ้าให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและกิจกรรมประจำวันของผู้ใช้รถ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๗.๒ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบไฟฟ้าให้มีประสิทธิภาพที่จะรองรับปริมาณความต้องการการประจุไฟได้เพียงพอตลอดเวลา
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๗.๓ ส่งเสริมเทคโนโลยีด้านสมาร์ตกริด

กลยุทธ์ที่ ๘ การปรับปรุงและจัดทำกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องให้เอื้อกับการเติบโตอุตสาหกรรมยานยนต์ไฟฟ้าและให้ความสำคัญกับการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๘.๑ จัดทำและปรับปรุงกฎหมายหรือกฎระเบียบให้เอื้อต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยานยนต์ไฟฟ้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๘.๒ ผ่อนคลายกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในห่วงโซ่อุปทาน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๘.๓ ปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ที่ ๙ การผลิตและพัฒนาทักษะแรงงานให้สอดคล้องกับความต้องการของอุตสาหกรรมยานยนต์ไฟฟ้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๙.๑ พัฒนาบุคลากรรองรับยานยนต์ไฟฟ้า เยียวยากำลังคนรองรับการเปลี่ยนผ่านไปสู่ยานยนต์ไฟฟ้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๙.๒ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างผู้ประกอบการและสถานศึกษา

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๙.๓ กำหนดแนวทางดึงดูดผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะสูงทั้งในประเทศและต่างประเทศ

กลยุทธ์ที่ ๑๐ มาตรฐานด้านคุณสมบัติและความปลอดภัย

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๐.๑ กำหนดและพัฒนามาตรฐานให้ครอบคลุมยานยนต์ ชิ้นส่วนและอุปกรณ์สำหรับการใช้งานยานยนต์ไฟฟ้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๐.๒ กำหนดมาตรฐานสำคัญเพื่อส่งเสริมให้เกิดการดัดแปลงยานยนต์ไฟฟ้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๐.๓ จัดทำแผนพัฒนาด้านมาตรฐานให้กับสถานประกอบการยานยนต์ไฟฟ้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๐.๔ พัฒนาและต่อยอดศูนย์ทดสอบและยางล้อแห่งชาติ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๐.๕ กำหนดมาตรฐานและหน่วยงานให้การตรวจสอบรับรองสำหรับยานยนต์ที่ดัดแปลงเป็นยานยนต์ไฟฟ้า

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๐.๖ ส่งเสริมให้เกิดการลงทุนศูนย์ทดสอบในประเทศ ในระดับมาตรฐานอุตสาหกรรมและระดับมาตรฐานผู้ผลิตยานยนต์ ความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดจากสินค้าและการบริหารคุณภาพ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๐.๗ จัดทำมาตรฐานที่สำคัญ

กลยุทธ์ที่ ๑๑ การสนับสนุนเงินทุนให้กับผู้ประกอบการที่ลงทุนในอุตสาหกรรมยานยนต์พลังงานสะอาด

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๑.๑ สนับสนุนเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๑.๒ สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนเพื่อลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานยานยนต์ไฟฟ้าและการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจสีเขียวและธุรกิจหมุนเวียน

หมวดหมู่ที่ ๔ ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ บริการทางการแพทย์ที่มีศักยภาพในการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ สนับสนุนให้ภาคเอกชนยกระดับบริการทางการแพทย์บนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีขั้นสูง โดยภาครัฐกำหนดมาตรฐาน สนับสนุนและกำกับดูแล

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ ปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบให้เอื้อต่อการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒ ไทยเป็นศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพระดับโลก

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ นวัตกรรมในบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพบนฐานความโดดเด่นของเอกลักษณ์ความเป็นไทย
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ ยกระดับมาตรฐานสถานบริการส่งเสริมสุขภาพให้สามารถแข่งขันได้
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๓ พัฒนาศูนย์บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ไปสู่การสร้างสังคมสูงวัยที่มีสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓ การสร้างมูลค่าเพิ่มให้อุตสาหกรรมการแพทย์และสุขภาพ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ ส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานบนฐานเทคโนโลยีดิจิทัลให้รองรับการยกระดับอุตสาหกรรม
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ ปฏิรูประบบกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๓ ส่งเสริมการลงทุนและการนำผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์และสุขภาพออกสู่ตลาด
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๔ ส่งเสริมแนวคิดการซื้อและการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในประเทศ

กลยุทธ์ที่ ๔ การสร้างเสริมขีดความสามารถทางวิชาการด้านการศึกษา วิจัย และเทคโนโลยีทางการแพทย์

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๑ ส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางการศึกษาทางการแพทย์
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๒ พัฒนาศูนย์วิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์นานาชาติ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๓ พัฒนาบุคลากรด้านการวิจัย
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๔ สร้างระบบนิเวศการวิจัยให้เอื้อต่อการนำเทคโนโลยีนวัตกรรมมาต่อยอดในเชิงพาณิชย์
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๕ สร้างเครือข่ายความร่วมมือการวิจัยและพัฒนาต่างประเทศ

กลยุทธ์ที่ ๕ การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพบนพื้นฐานความสมดุลทางเศรษฐกิจและสุขภาพของคนไทย

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๑ บริหารจัดการบุคลากรทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๒ พัฒนากลไกกำกับดูแลและบริหารจัดการค่าบริการทางการแพทย์
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนบริการทางการแพทย์

กลยุทธ์ที่ ๖ การยกระดับศักยภาพระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเพื่อลดผลกระทบต่อบริการทางเศรษฐกิจและสุขภาพ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๑ ปฏิรูประบบเฝ้าระวังและบริหารจัดการโรคระบาดและภัยคุกคามสุขภาพ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๒ วางระบบการเตรียมความพร้อมด้านความมั่นคงด้านสุขภาพในการจัดการภาวะฉุกเฉิน

หมวดหมู่ที่ ๕ ไทยเป็นประตูการค้าการลงทุนและยุทธศาสตร์ทางโลจิสติกส์ที่สำคัญ ของภูมิภาค

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การสร้างจุดยืนของไทยภายใต้บริบทโลกใหม่

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ รักษาความสมดุลกับมิตรประเทศ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ วางบทบาทของไทยในการนำกลุ่มประเทศ CLMVT
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๓ พัฒนาความสัมพันธ์ทางการค้าและการลงทุน
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๔ ปรับปรุงกลไกสนับสนุนการสร้างฐานเศรษฐกิจในบริบทโลกใหม่
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๕ พัฒนากฎหมายและแนวปฏิบัติที่ยกระดับไทยสู่มาตรฐานระหว่างประเทศ

กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อเป็นประตูการค้าการลงทุนและฐานเศรษฐกิจสำคัญ

ของภูมิภาค

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ ลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานเพื่อสนับสนุนพื้นที่ที่มีศักยภาพและเขตพัฒนาพิเศษทั้งในปัจจุบันและอนาคต

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ พัฒนาระบบคมนาคมและโลจิสติกส์ให้เชื่อมโยงไร้รอยต่อตั้งแต่ระดับภูมิภาค อนุภูมิภาค และชายแดน ให้เป็นการขนส่งต่อเนื่องหลายรูปแบบ (Multimodal Transportation)

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๓ ให้ความสำคัญกับการขนส่งระบบรางอย่างต่อเนื่อง
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๔ พัฒนาและเพิ่มศักยภาพการขนส่งทางลำนํ้า
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๕ เร่งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านโลจิสติกส์และการค้าการลงทุน
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๖ สนับสนุนให้มีแผนการลงทุนพัฒนาศูนย์บริการโลจิสติกส์
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๗ สนับสนุนให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการลงทุน

กลยุทธ์ที่ ๓ ผลักดันการลงทุนเพื่อปรับโครงสร้างอุตสาหกรรมเป้าหมายสู่ไทยแลนด์ ๔.๐

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ เร่งรัดการปรับการผลิตมาสู่ระบบอัตโนมัติมากขึ้นทั้งในภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการ และโลจิสติกส์

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ ปรับโครงสร้างภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการ และโลจิสติกส์ให้นำแนวทาง BCG มาใช้เป็นมาตรฐาน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๓ สร้างระบบดิจิทัลที่เอื้อต่อการค้าการลงทุน
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๔ พัฒนาศูนย์กลางสู่มาตรฐานระหว่างประเทศเพื่อสนับสนุนการค้าการลงทุน

หมวดหมู่ที่ ๖ ไทยเป็นฐานการผลิตอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะที่สำคัญของโลก

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การขับเคลื่อนสังคมและเศรษฐกิจไทยด้วยดิจิทัล

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ พัฒนาบริการและแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการปรับระบบการบริหารจัดการภาครัฐให้เป็นรัฐบาลดิจิทัลเต็มรูปแบบ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ ส่งเสริมและพัฒนาผู้ประกอบการในประเทศให้สามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมดิจิทัลรวมถึงนำอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะมาใช้ในการผลิตสินค้าและบริการ เพื่อเพิ่มผลิตภาพและ ความสามารถในการทำกำไรให้แก่ผู้ประกอบการเพิ่มขึ้น

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๓ พัฒนาให้เกิดการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการโครงสร้างพื้นฐานและการให้บริการสาธารณะของภาครัฐเพิ่มขึ้น

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๔ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลในการดำรงชีพ

กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาต่อยอดฐานอุตสาหกรรมไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ สนับสนุนให้ผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์พัฒนาเป็นผู้รับจ้างผลิตและผู้รับจ้างออกแบบและผลิตขั้นสูง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ ส่งเสริมให้ผู้ประกอบการปรับรูปแบบการพัฒนาอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะให้เป็นฐานการผลิตอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะที่สำคัญของโลก

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๓ ส่งเสริมให้มีการส่งออกผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๔ ส่งเสริมให้เกิดการลงทุนวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีขั้นสูงในอุตสาหกรรมไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ และพัฒนาสุดยอดผลิตภัณฑ์ (Product Champion)

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๕ พัฒนามาตรฐานและเงื่อนไขการเข้าถึงข้อมูลที่เกิดจากอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะที่เป็นสากล รองรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลภายในหน่วยงานภาครัฐและระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนภายในประเทศและภูมิภาค

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๖ ดึงดูดและพัฒนาให้เกิดการลงทุนจากต่างประเทศ

กลยุทธ์ที่ ๓ อุตสาหกรรมดิจิทัลในประเทศที่สามารถแข่งขันได้ทั้งภายในประเทศและภูมิภาคอาเซียน

กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนาระบบนิเวศเพื่อสนับสนุนการพัฒนาอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ อุตสาหกรรมและบริการดิจิทัล

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๑ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเพียงพอและเข้าถึงได้ ทั้งในด้านพื้นที่ และราคา

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๒ พัฒนากำลังคนเพื่อรองรับกับการปรับตัวทางเทคโนโลยีในอนาคตของผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมและบริการต่าง ๆ รวมถึงอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ และอุตสาหกรรมและบริการดิจิทัลของประเทศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๓ ผลักดันและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจดิจิทัล

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๔ ส่งเสริมให้มีการใช้เครื่องมือทางนโยบายทางการเงินและการคลังที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละอุตสาหกรรม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๕ ผลักดันให้มีการขับเคลื่อนด้านนโยบายความเป็นเจ้าของอธิปไตยทางข้อมูลจากเทคโนโลยีและแพลตฟอร์มที่ทำธุรกิจจากคนไทย

หมวดหมู่ที่ ๗ ไทยมีวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมที่เข้มแข็ง มีศักยภาพสูง และสามารถ แข่งขันได้

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การพัฒนาระบบนิเวศให้เอื้ออำนวยต่อการทำธุรกิจและการยกระดับความสามารถในการแข่งขันของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ เร่งปรับปรุงกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินธุรกิจและสร้างให้เกิดการแข่งขันที่เป็นธรรมระหว่างวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมกับผู้ประกอบการรายใหญ่

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ เพิ่มความสะดวกในทุกขั้นตอนของการประกอบธุรกิจของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๓ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านระบบมาตรฐานให้วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมสามารถเข้าถึงได้ด้วยต้นทุนต่ำ

กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาแพลตฟอร์มเชื่อมโยงฐานข้อมูลวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมและส่งเสริมให้วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมเข้าสู่ระบบ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ จัดให้มีระบบไอทีเดียวของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมและส่งเสริมให้วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมใช้ในการทำธุรกรรมผ่านระบบดิจิทัล

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ พัฒนาพอร์ทัลกลางเชื่อมโยงข้อมูลของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมเข้ากับระบบการให้บริการภาครัฐ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๓ พัฒนาระบบคลังข้อมูลและความรู้สำหรับให้บริการวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมให้เป็นระบบออนไลน์และระบบบริการอิเล็กทรอนิกส์ครบวงจร

กลยุทธ์ที่ ๓ การจัดให้มีกลไกทางการเงินที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมเพื่อให้วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงแหล่งทุนได้อย่างทั่วถึง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ ส่งเสริมให้สถาบันการเงินหรือธนาคารและผู้ให้บริการที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน ใช้ข้อมูลธุรกิจและรอยเท้าดิจิทัลในการพิจารณาปล่อยสินเชื่อให้กับวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ กำหนดบทบาทสถาบันการเงินเฉพาะกิจให้มีมาตรการการสินเชื่อและการค้ำประกันสินเชื่อที่ชัดเจนสำหรับแต่ละเซกเมนต์ของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๓ ส่งเสริมให้วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมระดมทุนผ่านตลาดทุนหรือแหล่งทางเลือกที่หลากหลาย สอดรับกับโมเดลธุรกิจของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

กลยุทธ์ที่ ๔ การส่งเสริมการพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมให้เป็นผู้ประกอบการในยุคดิจิทัล

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๑ เสริมสร้างความรู้พื้นฐานทางธุรกิจ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๒ ให้สิทธิประโยชน์และสิ่งจูงใจให้วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมมีการลงทุนและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เครื่องจักรกลและระบบอัตโนมัติในการบริหารจัดการ การยกระดับประสิทธิภาพการผลิต และการให้บริการ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๓ พัฒนาแพลตฟอร์มการค้าระหว่างประเทศให้วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมทั่วไปเข้าถึงได้

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๔ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมภายในสาขาและกับรายใหญ่ภายในห่วงโซ่อุปทาน

กลยุทธ์ที่ ๕ การยกระดับประสิทธิภาพกระบวนการส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมของภาครัฐ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๑ ขยายการให้บริการพัฒนาธุรกิจ ที่ตรงกับความต้องการเฉพาะของธุรกิจ และพัฒนาระบบส่งต่อการให้ความช่วยเหลือ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๒ สนับสนุนสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมในฐานะหน่วยงานนโยบายให้ทำหน้าที่เป็นผู้บูรณาการการให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมอย่างครบวงจร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๓ ปรับกลไกและกระบวนการติดตามประเมินผล

กลยุทธ์ที่ ๖ การพัฒนาระบบนิเวศน์ให้เอื้อต่อการสร้างธุรกิจสตาร์ทอัพ และผู้ประกอบการที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม รวมทั้งให้เข้าถึงแหล่งเงินทุนที่เหมาะสม และเชื่อมโยงเข้าสู่เครือข่ายระดับโลก และยกระดับสู่ตลาดต่างประเทศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๑ ปรับปรุงกฎหมายและความยากง่ายในการประกอบธุรกิจ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสตาร์ทอัพ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๒ ผ่อนคลายข้อจำกัดด้านการระดมทุน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๖.๓ ส่งเสริมการเชื่อมโยงธุรกิจสตาร์ทอัพสู่ตลาดโลก

กลยุทธ์ที่ ๗ การส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคมให้มีศักยภาพการดำเนินการในเชิงธุรกิจ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๗.๑ เร่งออกกฎหมายลำดับรองภายใต้ พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๗.๒ ส่งเสริมการพัฒนาโมเดลธุรกิจที่เฉพาะเจาะจงและยั่งยืนของวิสาหกิจเพื่อสังคม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๗.๓ ให้สิทธิประโยชน์และสิ่งจูงใจให้เกิดการร่วมทุนกับวิสาหกิจเพื่อสังคม

หมวดหมายที่ ๘ ไทยมีพื้นที่และเมืองอัจฉริยะที่น่าอยู่ ปลอดภัย เด็บโตได้อย่างยั่งยืน

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การสร้างความเข้มแข็งเศรษฐกิจฐานราก

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ พัฒนาภาคให้ป็นฐานเศรษฐกิจสำคัญของประเทศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ สร้างความเข้มแข็งให้กับเศรษฐกิจชุมชนกลยุทธ์ย่อยที่

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๓ ส่งเสริมการจัดการกลไกตลาดของท้องถิ่น

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๔ แก้ปัญหาของกลุ่มเปราะบางในเมือง

กลยุทธ์ที่ ๒ การส่งเสริมกลไกความร่วมมือภาครัฐ เอกชน ประชาชน และประชาสังคม เพื่อการพัฒนาพื้นที่และเมือง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่และเมืองด้วยความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ หลากหลายรูปแบบ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการพัฒนาพื้นที่และเมืองร่วมกันระหว่างภาครัฐ เอกชนและประชาชน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๓ ส่งเสริมการพัฒนาเมืองอัจฉริยะที่พร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงและภัยพิบัติรวมทั้งตอบสนองความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มในพื้นที่

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๔ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ประโยชน์ที่ดินในเมือง

กลยุทธ์ที่ ๓ การสร้างความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน โลจิสติกส์ และดิจิทัลรองรับพื้นที่เศรษฐกิจหลักและเมือง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ระบบโลจิสติกส์ และระบบดิจิทัลอย่างต่อเนื่องเพียงพอ และได้มาตรฐาน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ พัฒนาบุคลากร การศึกษา การวิจัย เทคโนโลยีและนวัตกรรมให้มีคุณภาพเพียงพอและปรับตัวได้ทันต่อความต้องการของอุตสาหกรรมและบริการเป้าหมายในพื้นที่

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๓ สนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการลงทุน

กลยุทธ์ที่ ๔ การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการพื้นที่และเมือง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๑ เสริมสร้างสมรรถนะของท้องถิ่นทุกระดับ ให้มีศักยภาพในการบริหารจัดการพื้นที่และเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๒ ยกระดับความสามารถทางการเงิน การคลังและการจัดการทุนในระดับพื้นที่
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๓ สร้างระบบตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลการพัฒนาพื้นที่และเมือง

หมวดหมายที่ ๙ ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง และคนไทยทุกคนมีความคุ้มครองทางสังคม ที่เพียงพอ เหมาะสม

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การแก้ปัญหาความยากจนข้ามรุ่นแบบมุ่งเป้าให้ครัวเรือนหลุดพ้นความยากจนอย่างยั่งยืน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ ให้ความช่วยเหลือและพัฒนาศักยภาพของครัวเรือนยากจนข้ามรุ่น
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ พัฒนากลไกการแก้ปัญหาความยากจนข้ามรุ่นในระดับพื้นที่

กลยุทธ์ที่ ๒ การสร้างโอกาสที่เสมอภาคแก่เด็กจากครัวเรือนยากจนข้ามรุ่น

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ สนับสนุนครัวเรือนยากจนข้ามรุ่นให้สามารถเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่ครรภ์มารดาจนถึงปฐมวัยได้อย่างมีคุณภาพ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ ส่งเสริมโอกาสทางการศึกษาและการพัฒนาทักษะอาชีพที่มีคุณภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓ การยกระดับความคุ้มครองทางสังคมสำหรับคนทุกช่วงวัย

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ ยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ ยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อสร้างหลักประกันสำหรับวัยแรงงาน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๓ ยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ ๔ การพัฒนาระบบความคุ้มครองทางสังคมให้มีประสิทธิภาพ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๑ บูรณาการระบบความคุ้มครองทางสังคม
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๒ ปรับปรุงรูปแบบการจัดความคุ้มครองทางสังคม
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๓ จัดทำระบบการเยียวยาช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

กลยุทธ์ที่ ๕ การบูรณาการฐานข้อมูลเพื่อลดความยากจนข้ามรุ่นและจัดความคุ้มครองทางสังคม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๑ พัฒนาฐานข้อมูลรายบุคคล
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๒ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูล

หมวดหมายที่ ๑๐ ไทยมีเศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการตามหลักเศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ เพิ่มศักยภาพของอุตสาหกรรมและบริการ โดยการพัฒนาสินค้า บริการและตลาดที่สร้างมูลค่าเพิ่ม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ เพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตสินค้าและบริการตามแนวทางเศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๓ สร้างความเชื่อมโยงกับสาขาเศรษฐกิจอื่น

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๔ พัฒนาระบบรับรองมาตรฐานการผลิตสินค้าและบริการ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๕ การใช้เครื่องมือและกลไกในตลาดเงินตลาดทุนเพื่อการเจริญเติบโตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

กลยุทธ์ที่ ๒ การสร้างรายได้สุทธิให้ชุมชน ท้องถิ่นและเกษตรกรจากเศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ เพิ่มรายได้ชุมชนจากแนวทางขยะสุทธิเป็นศูนย์ ทั้งจากขยะและวัสดุทางการเกษตร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ ส่งเสริมการท่องเที่ยวชุมชนบนฐานความหลากหลายทางชีวภาพและวัฒนธรรม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๓ ส่งเสริมและพัฒนาระบบตลาดคาร์บอนเพื่อการสร้างรายได้จากการเก็บกักคาร์บอนในภาคป่าไม้

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๔ เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการขยะอย่างเป็นระบบในระดับชุมชน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๕ ส่งเสริมให้เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ตามหลักเศรษฐกิจหมุนเวียน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๖ พัฒนาระบบและกลไกสร้างแรงจูงใจการเพิ่มพื้นที่ป่าเศรษฐกิจเพื่อเศรษฐกิจชุมชน

กลยุทธ์ที่ ๓ การฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรอย่างชาญฉลาดบนหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ สร้างฐานทรัพยากรธรรมชาติเพื่อการผลิตให้เพียงพอและมีการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ ใช้ทรัพยากรธรรมชาติจากส่วนเหลือให้เกิดประโยชน์ที่หลากหลายปราศจากเศษเหลือและของเสียจากอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และขยะอาหาร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๓ บริหารจัดการกิจกรรมทางเศรษฐกิจให้เหมาะสมกับศักยภาพทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่

กลยุทธ์ที่ ๔ การพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมและกลไกสนับสนุนเศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๑ ส่งเสริมงานวิจัยเทคโนโลยีและพัฒนาแพลตฟอร์มสนับสนุนธุรกิจรูปแบบเศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๒ พัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมต้นแบบโมเดลธุรกิจ และกลไกความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างครบวงจร

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๓ พัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมสนับสนุนการลดและหมุนเวียนการใช้ทรัพยากรและเพิ่มมูลค่าของเสีย

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๔ ส่งเสริมเทคโนโลยีการดักจับ การใช้ประโยชน์ และการกักเก็บคาร์บอน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๕ สร้างความร่วมมือถ่ายทอดเทคโนโลยีกับต่างประเทศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๖ พัฒนาระบบข้อมูล/องค์ความรู้/มาตรฐาน/กฎหมาย/มาตรการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจ

กลยุทธ์ที่ ๕ การปรับปรุงพฤติกรรมทางเศรษฐกิจและการดำรงชีพเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่อย่างยั่งยืน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๑ สร้างความตระหนักรู้ให้เกิดในสังคม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๒ สร้างแรงจูงใจ และทัศนคติในการดำรงชีวิตของผู้บริโภคเพื่อการปรับเปลี่ยน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๓ ส่งเสริมแพลตฟอร์มเศรษฐกิจแบ่งปันและตลาดสินค้ามือสอง
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๔ ส่งเสริมการใช้พลังงานทดแทนและนวัตกรรมประหยัดพลังงานในครัวเรือน
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๕ ส่งเสริมการเดินทางที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๖ ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญา วัฒนธรรมท้องถิ่นตามแนวคิดเศรษฐกิจหมุนเวียน

หมวดหมู่ที่ ๑๑ ไทยสามารถลดความเสี่ยงและผลกระทบจากภัยธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การป้องกันและลดผลกระทบจากภัยธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในพื้นที่สำคัญ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ ส่งเสริมการใช้มาตรการเชิงป้องกันก่อนเกิดภัยในพื้นที่สำคัญ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ ระบุพื้นที่สำคัญ ที่ได้รับผลกระทบจากภัยธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจำแนกตามประเภทภัย
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๓ ทบทวนการจัดสรรงบประมาณ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๔ นำแบบจำลองระดับชาติเพื่อประเมินความเสี่ยงและผลกระทบจากภัยธรรมชาติประเภทต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพประชาชนและชุมชน ในการรับมือกับภัยธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ ส่งเสริมให้ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงความเสี่ยงและปรับตัวรับมือผลกระทบจากภัยธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและชุมชนในการรับมือและปรับตัวต่อภัยธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๔ สนับสนุนมาตรการที่ไม่ใช่เชิงโครงสร้าง ในการบริหารจัดการภัยธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

กลยุทธ์ที่ ๓ การใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการบริหารจัดการความเสี่ยงจากภัยธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ สนับสนุนการสร้างบุคลากร นักวิจัย รวมทั้งสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยด้านภัยธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ พัฒนาประสิทธิภาพของระบบเตือนภัย
- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๓ พัฒนาระบบข้อมูลสำหรับการจัดทำแบบจำลองระดับชาติ เพื่อประเมินความเสี่ยงและผลกระทบจากภัยธรรมชาติประเภทต่างๆ และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๔ สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการภัยธรรมชาติและเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

กลยุทธ์ที่ ๔ การอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติระบบนิเวศเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากภัยธรรมชาติและเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๑ สร้างจิตสำนึกให้ประชาชนทุกระดับอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๒ เพิ่มบทบาทภาคประชาชน ชุมชน และภาคเอกชน ในการอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๓ สนับสนุนการใช้แนวทางธรรมชาติในการจัดการปัญหาภัยธรรมชาติและเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ที่ ๕ การส่งเสริมความร่วมมือกับต่างประเทศเพื่อบริหารจัดการ และลดความเสี่ยงจากภัยธรรมชาติและเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๑ พัฒนากลไกความร่วมมือกับต่างประเทศในการจัดการภัยธรรมชาติ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๕.๒ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับข้อตกลงระหว่างประเทศในด้านภัยธรรมชาติและเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

หมวดหมู่ที่ ๑๒ ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนา แห่งอนาคต

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การพัฒนาคนไทยทุกช่วงวัยในทุกมิติ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ พัฒนาเด็กช่วงตั้งครรภ์ถึงปฐมวัยให้ มีพัฒนาการรอบด้าน มีอุปนิสัยที่ดี โดยการเตรียมความพร้อมพ่อแม่ผู้ปกครองและสร้างกลไกประสานความร่วมมือ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ พัฒนาผู้เรียนระดับพื้นฐานให้มีความตระหนักรู้ในตนเอง มีสมรรถนะที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ การดำรงชีวิตและการทำงาน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๓ พัฒนาผู้เรียนระดับอุดมศึกษาให้มีสมรรถนะที่จำเป็นและเชื่อมโยงกับโลกของการทำงานในอนาคตและการสร้างสรรค์นวัตกรรม โดยปฏิรูประบบอุดมศึกษาและการจัดสรรทรัพยากรให้เป็นไปตามอุปสงค์

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๔ พัฒนายัยแรงงานให้มีสมรรถนะที่จำเป็นเพื่อการประกอบอาชีพ และเชื่อมโยงกับโลกของการทำงานในอนาคต โดย ส่งเสริมและกระจายโอกาสในการพัฒนาสมรรถนะให้กับแรงงานทุกกลุ่ม

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๕ พัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองมีคุณค่าของสังคม โดยพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลังของสังคม

กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนากำลังคนสมรรถนะสูง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ พัฒนากำลังคนสมรรถนะสูง สอดคล้องกับความต้องการของภาคการผลิตเป้าหมาย และสามารถสร้างงานอนาคต โดยส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนบูรณาการและเชื่อมโยงความร่วมมือด้านการศึกษาฝึกอบรม และร่วมจัดการเรียนรู้

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ เพิ่มกำลังคนที่มีคุณภาพเพื่อพัฒนาภาคการผลิตเป้าหมาย โดยสร้างกลไกระดับชาติเพื่อรวบรวมกำลังคนที่มีสมรรถนะสูง

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๓ สร้างผู้ประกอบการอัจฉริยะที่มีความสามารถในการสร้างและใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมตลอดกระบวนการผลิตและบริการ การจัดการและการตลาด โดยการสร้างและพัฒนาทักษะองค์ความรู้รอบด้านที่จำเป็นต่อการประกอบธุรกิจยุคใหม่

กลยุทธ์ที่ ๓ การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ พัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยส่งเสริมให้ภาคส่วนต่าง ๆ สร้างและพัฒนาแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ พัฒนาทางเลือกในการเข้าถึงการเรียนรู้สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเรียนในระบบการศึกษาปกติ

หมุดหมายที่ ๑๓ ไทยมีภาครัฐที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และตอบโจทย์ประชาชน

กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพในการให้บริการภาครัฐที่ตอบโจทย์ สะดวก และประหยัด

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๑ ยกเลิกภารกิจการให้บริการที่สามารถเปิดให้ภาคส่วนอื่นให้บริการแทน

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๑.๒ ทบทวนกระบวนการทำงานของภาครัฐควบคู่กับพัฒนาการบริการภาครัฐในรูปแบบดิจิทัลแบบเบ็ดเสร็จ

กลยุทธ์ที่ ๒ การปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการและโครงสร้างของภาครัฐให้ยืดหยุ่น เชื่อมโยง เปิดกว้างและมีประสิทธิภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เอื้อต่อการพัฒนาประเทศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๑ ทบทวนบทบาทภาครัฐและกระจายอำนาจการบริหารจัดการภาครัฐ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๒.๒ สร้างความโปร่งใสและธรรมาภิบาลภาครัฐ

กลยุทธ์ที่ ๓ การปรับเปลี่ยนภาครัฐเป็นรัฐบาลดิจิทัลที่ใช้ข้อมูลในการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนาประเทศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๑ ปรับเปลี่ยนข้อมูลภาครัฐทั้งหมดให้เป็นดิจิทัล

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๓.๒ ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานภาครัฐเป็นดิจิทัล

กลยุทธ์ที่ ๔ การสร้างระบบบริหารภาครัฐที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนและพัฒนาบุคลากร ให้มีทักษะที่จำเป็นในการให้บริการภาครัฐดิจิทัล และปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ มาตรการภาครัฐ ให้เอื้อต่อการพัฒนาประเทศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๑ ปรับระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐเพื่อดึงดูดและรักษาผู้มีความสามารถมาขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ

- กลยุทธ์ย่อยที่ ๔.๒ ยกเลิกกฎหมายที่หมดความจำเป็นและพัฒนากฎหมายที่เอื้อต่อการพัฒนาประเทศ

ความสอดคล้องของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐)

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ได้ถูกถ่ายทอดเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ระยะ ๕ ปี โดยมีประเด็นด้านสาธารณสุขใน ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์โดยส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีตลอดช่วงชีวิต ลดปัจจัยเสี่ยงด้าน สุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และพัฒนาระบบดูแล/สร้างสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสมกับสังคมสูงวัย ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำ

ในสังคม โดยจัดบริการ ด้านสุขภาพให้กับประชากรที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และกระจายการให้บริการ สาธารณสุขที่มีคุณภาพให้ ครอบคลุมและทั่วถึง ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและ แข่งขันได้อย่างยั่งยืน โดยพัฒนา ระบบมาตรฐานสินค้าที่ร่วมไปถึงผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพและยา พัฒนาตลาด/อุตสาหกรรมอาหารที่เป็นอาหาร เพื่อสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการ พัฒนาอย่างยั่งยืน โดยสร้างคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดมลพิษ และลดผลกระทบต่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์การ เสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติ เพื่อการพัฒนาประเทศ สู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน โดยสร้างความร่วมมือใน/ ต่างประเทศ ในการวาง ระบบเฝ้าระวัง/ป้องกัน/ควบคุมโรค/ภัยสุขภาพ และยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อการพัฒนา เพื่อส่งเสริมให้ไทยเป็นฐานการบริการด้านสุขภาพ

แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ๒๐ปี

ความสอดคล้องของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙)

การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) ใน ๔ ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ ยุทธศาสตร์การสร้างความสามารถในการแข่งขัน โดยการ พัฒนาสาขาบริการที่ไทยมีศักยภาพที่สอดคล้องกับบริบทโลกในอนาคต ได้แก่ ธุรกิจบริการสุขภาพ และการเสริมสร้างสุขภาวะ สถานบริการสุขภาพและความงาม และการส่งเสริมธุรกิจบริการทางการแพทย์ โดยต้องมีการลงทุนอย่างจริงจังในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และเครื่องมือแพทย์ รวมทั้งมาตรฐานการบริการ เพื่อให้ประเทศไทยสามารถเป็นเจ้าของ เทคโนโลยีได้เอง ซึ่งจะเป็นการสร้างฐานที่เข้มแข็งในการเป็นศูนย์กลางบริการทางแพทย์ของภูมิภาค ในระยะต่อไป ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน ครอบคลุมการสร้างความรู้ ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการมีสุขภาวะที่ดี และการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่ ยุทธศาสตร์การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยการสร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุม เหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย อาทิ การพัฒนาระบบบริหารจัดการหลักประกัน สุขภาพ และยุทธศาสตร์ การปรับสมดุล และพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ โดยทบทวนบทบาทภารกิจ ของหน่วยงานภาครัฐ ให้มีความเหมาะสม รวมทั้งถ่ายโอนภารกิจที่สำคัญเพื่อกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ปรับโครงสร้าง และระบบบริหารงานราชการใหม่ในรูปแบบของหน่วยงานพิเศษที่ต้องอาศัยการดำเนินงานที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว ไม่ยึดติดกับโครงสร้างและระบบราชการแบบเดิม และพัฒนาปรับระบบวิธีการปฏิบัติราชการ ให้ทันสมัย มุ่งผลสัมฤทธิ์ มีความโปร่งใส ยืดหยุ่น และคล่องตัวสูง ลดความซ้ำซ้อน รวมถึงเปิดโอกาส ให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างเหมาะสม

นโยบายรัฐบาล ๑๑ ด้าน

๑. การปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์
๒. การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ
๓. การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ
๔. การศึกษาและเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม
๕. การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน

๖. การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ
๗. การส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาสในประชาคมอาเซียน
๘. การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี
๙. การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน
๑๐. การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและ การป้องกันปราบปราม การทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ
๑๑. การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

นโยบายมุ่งเน้น ปี ๒๕๖๖

นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข จะเป็นผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจ โดยการสร้างเสริมสุขภาพ ความแข็งแรง ให้ประชาชนมีพลังในการดำเนินชีวิตและใช้ความเข้มแข็งทางสาธารณสุข สร้างรายได้ สร้างเศรษฐกิจของประเทศ สู่เป้าหมาย "ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง" ในปี ๒๕๖๖ นี้ เราจะพัฒนาการสาธารณสุขของไทย ผ่านการขับเคลื่อนนโยบาย โดยมุ่งเน้น ๕ ประการสำคัญ

๑. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

๑.๑ เพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน โดย "๓ หมอ" คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ได้รับการรักษา ส่งต่อ เพิ่มสวัสดิการและศักยภาพ อสม. สนับสนุนทรัพยากรและพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนให้เข้มแข็ง เชื่อมต่อการรักษาโดยใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อดูแลประชาชนที่บ้าน และชุมชนอย่างใกล้ชิด ลดภาระและค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเดินทางมาโรงพยาบาล ในการนี้ระบบหลักประกันสุขภาพต้องเอื้อให้การดูแลในชุมชนเป็นไปอย่างเข้มแข็งและครอบคลุม กรณีการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเยี่ยมบ้านและให้การรับยาเป็นไปอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นโรคทางกายหรือทางจิตเวช

๑.๒ สร้างโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐอย่างเป็นธรรม สะดวก และรวดเร็ว พัฒนาโรงพยาบาลทุกแห่งให้เป็น "โรงพยาบาลของประชาชน" ที่สวยงาม สะอาด ทันสมัย ให้บริการดูแลมาตรฐาน มีคุณภาพ ลดขั้นตอน ลดเหลื่อมล้ำ ลดค่าใช้จ่ายด้วยผลงานทดแทนเพิ่มประสิทธิภาพบริหารการเงินการคลังเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลเป็นประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม "เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลศูนย์" ให้พร้อมต่อการรักษาขั้นสูง โดยเฉพาะโรคซึ่งเป็นสาเหตุการตายสำคัญของคนไทย จัดตั้งกองทุนพัฒนาบริการทางการแพทย์ พร้อมกับ "พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพไร้รอยต่อ" เชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เข้าด้วยกันทั้งภาครัฐทุกสังกัด เพื่อลดแออัด ลดระยะเวลา รอคอย และลดอัตราการเสียชีวิต ที่สำคัญต้องเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

๒. ยกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง

๒.๑ ปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัย ทันสมัย เพื่อให้ประชาชนรับรู้และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ

๒.๒ ชุมชนเข้มแข็งร่วมพลังสร้างสุขภาพดี ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ให้แข็งแรง สร้างแรงจูงใจเปลี่ยนค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นมูลค่าให้กับประชาชน เพิ่มสิทธิพิเศษทางภาษี สิทธิ

ประโยชน์และสวัสดิการด้านสาธารณสุข พัฒนาระเบียบ แนวปฏิบัติที่จะส่งเสริมสนับสนุนภาคเอกชน ชุมชน ท้องถิ่น ในการร่วมสร้างสุขภาพคนไทยทุกคนได้ออกกำลังกายได้รับอาหารที่ปลอดภัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ สุขภาวะที่ดี สามารถลดการเจ็บป่วยได้

๓. ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอย่างแข็งแรงโดย ครอบครัวและชุมชน บูรณาการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกายจิตใจ และภาวะสมองเสื่อม ให้ได้รับการคัดกรอง สุขภาพ ประเมินความเสี่ยงของโรค การป้องกันปัญหาสุขภาพตลอดจนการดูแลระยะยาว (Long term care) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น แว่นสายตาผ้าอ้อม ฟันปลอม สนับสนุนโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุเพื่อเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก มากยิ่งขึ้น

๔. นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สมุนไพรและภูมิปัญญา ไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกขยายสู่การเป็นศูนย์กลางการบริการสุขภาพ และการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพของภูมิภาคและประชาคมโลกต่อยอดทางเศรษฐกิจเพิ่มรายได้ของประชาชนและประเทศ

๕. ข้อมูลสุขภาพเป็นของประชาชน และเพื่อประชาชน พัฒนาข้อมูลดิจิทัลสุขภาพของ ประชาชน ที่มีมาตรฐานและธรรมาภิบาลเชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ของประเทศ ประชาชนได้ ประโยชน์ในการ ดูแลสุขภาพตนเอง สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ทุกที่อย่างต่อเนื่อง และรัฐใช้เป็น ประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

นายแพทย์โอภาส การย์วินพงศ์

๑.เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกกระดานการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบันสะดวกรวดเร็ว เพื่อพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัย ให้สามารถดูแลสุขภาพกายใจของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้แข็งแรง

๒.ยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราการตายโรคสำคัญเสริมความเข้มแข็งของระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มศักยภาพสามหมอปรับโฉมโรงพยาบาลทุกแห่งให้เป็น "โรงพยาบาลของ ประชาชน"

เพิ่มขีดความสามารถ ระบบบริการและเครือข่ายโดย "ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง"

๓.ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัลโรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ ทางไกล (Telemedicine) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้เอื้อต่อการบริการอย่างไร้รอยต่อ และพัฒนาระบบ สาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเร่งพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์

๔.ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข ของประเทศในอนาคต

๕.ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติสนับสนุนการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ

๖.พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิต ในการทำงานที่ดีขึ้น เสริมสร้าง สมรรถนะองค์กร ด้วยแนวทาง ๔ T Trust Teamwork & Talent Technology Target บุคลากรมี คุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น

กรอบแผนพัฒนาจังหวัดขอนแก่นพ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐ (ฉบับทบทวน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗)

ตัวชี้วัดความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาจังหวัด

๑. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประชากรจังหวัดขอนแก่น อายุเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี
๒. อัตราการขยายตัวมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒
๓. การกระจายรายได้ดีขึ้น ลดความไม่เสมอภาค ค่า Gini Coefficient ต่ำกว่า ๐.๔๑

ประเด็นการพัฒนาของจังหวัด

ประเด็นการพัฒนาที่ ๑ การยกระดับเศรษฐกิจฐานรากและการพัฒนาอุตสาหกรรม

การเกษตรมูลค่าสูง

๑. การพัฒนาเศรษฐกิจแบบองค์รวม (BCG Model) เพื่อการผลิตและสร้างมูลค่าเพิ่มภาคการเกษตร

๒. การเพิ่มขีดความสามารถทางการแข่งขันของสินค้า OTOP และ SMEs

๓. การส่งเสริมอุตสาหกรรมชีวภาพและอุตสาหกรรมนิเวศให้มีมูลค่าสูง

๔. การส่งเสริมพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการค้าการลงทุน

ตัวชี้วัด

๑. ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดด้านการเกษตรเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒

๒. รายได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชุมชนเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ต่อปี

๓. ทุนการจดทะเบียนนิติบุคคลเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ ต่อปี

๔. การส่งเสริมการลงทุนในพื้นที่ จำนวน ๒ โครงการต่อปี

ประเด็นการพัฒนาที่ ๒ การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์เชื่อมโยงภูมิภาค

แนวทางการพัฒนา

๑. การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวตามอัตลักษณ์และวิถีวัฒนธรรมชุมชนเชิงสร้างสรรค์

๒. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่ออำนวยความสะดวกทางการท่องเที่ยว

๓. การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงกีฬา สุขภาพ ความงาม และการแพทย์แผนไทย

๔. การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพด้านการเมืองแห่งการประชุมสัมมนา (Meetings, Incentive Travel, Conventions, Exhibitions : MICE City)

ตัวชี้วัด

๑. จำนวนงาน MICE ที่เกิดขึ้นในจังหวัดขอนแก่น ๑๐ งาน ต่อปี

๒. จำนวนนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓

๓. รายได้จากนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕

ประเด็นการพัฒนาที่ ๓ การส่งเสริมนวัตกรรม เทคโนโลยี และดิจิทัล เพื่อการพัฒนาขอนแก่น

เมืองอัจฉริยะ แนวทางการพัฒนา

๑. การพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยี และดิจิทัล เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มในระบบเศรษฐกิจของจังหวัด

๒. การส่งเสริมการพัฒนาเมืองอัจฉริยะเพื่ออำนวยความสะดวกและให้บริการแก่ประชาชนทุกกลุ่ม

๓. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ด้านการจราจรและขนส่งอัจฉริยะ การโทรคมนาคม สื่อสารและดิจิทัลที่ทันสมัย เพื่อสร้างบรรยากาศการลงทุนในพื้นที่ และยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน

ตัวชี้วัด

๑. มูลค่าการลงทุนในจังหวัดขอนแก่น เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓
๒. มีนวัตกรรมและเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ช่วยบริหารจัดการและยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนชาวจังหวัดขอนแก่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ โครงการ/ปี

๓. จำนวนพื้นที่หรือเขตอำเภอที่ได้รับการพัฒนาให้เป็นเมืองอัจฉริยะ ไม่น้อยกว่า ๖ อำเภอ/ปี

ประเด็นการพัฒนาที่ ๔ การพัฒนาสังคมสุขภาวะให้น่าอยู่อย่างยั่งยืน แนวทางการพัฒนา

๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนทุกช่วงวัยให้มีสุขภาวะและความเป็นอยู่ดี
๒. การส่งเสริมสวัสดิการและการพัฒนาทักษะด้านการประกอบอาชีพให้มีรายได้อย่างยั่งยืน
๓. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดี

ตัวชี้วัด

๑. ดัชนีการพัฒนาคอนจังหวัดขอนแก่น ไม่เกินลำดับที่ ๒๕ ของประเทศ
๒. ร้อยละของประชาชนที่ได้รับการจัดสวัสดิการที่ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐
๓. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประชากรจังหวัดขอนแก่น อายุเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี

ประเด็นการพัฒนาที่ ๕ การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล

แนวทางการพัฒนา

๑. การบริหารจัดการน้ำแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน
 ๒. การดูแลรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมและจัดการมลพิษที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม
 ๓. การอนุรักษ์ และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน
 ๔. การป้องกัน การลดผลกระทบ และการปรับตัวเพื่อรับมือภัยพิบัติทางธรรมชาติและ
- การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ตัวชี้วัด

๑. จำนวนพื้นที่ทางการเกษตรที่ได้รับแหล่งน้ำเกื้อหนุนเพิ่มขึ้นจำนวน ๒,๕๐๐ ไร่/ปี
๒. ชยะมูลฝอยชุมชนและของเสียอันตรายชุมชนได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง ร้อยละ ๗๕
๓. จำนวนพื้นที่สีเขียวเพิ่มขึ้น ๔,๐๐๐ ไร่ ต่อปี
๔. จำนวนประชาชนตระหนักรู้ด้านการป้องกันและรับมือภัยพิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓

ประเด็นการพัฒนาที่ ๖ การเสริมสร้างความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

อย่างมีส่วนร่วม แนวทางการพัฒนา

๑. การป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminalภัยทางถนน
๒. การป้องกันและลดการสูญเสียจากสาธารณภัยและภัยพิบัติ
๓. การเสริมสร้างความมั่นคงและความปลอดภัยในสังคม
๔. การปกป้องและเทิดทูนสถาบันพระมหากษัตริย์
๕. การป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ตัวชี้วัด

๑. อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบกลดลง ร้อยละ ๕
 ๒. พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาอุทกภัยลดลง ร้อยละ ๕
 ๓. ร้อยละการจับกุมคดีความผิดเกี่ยวกับชีวิต ร่างกาย และเพศ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕
- (คดีที่รับแจ้ง)

๔. จำนวนอำเภอที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจถึงความสำคัญของสถาบันหลักของชาติ ๒๖ อำเภอ

๕. การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จำนวนหมู่บ้านสีแดงลดลง ร้อยละ ๓

๓.๒ ความจำเป็นเชิงความเปลี่ยนแปลงจากภายนอก

๑. ความเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสูงอายุ

แนวโน้มสังคมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลกโดยเริ่มจากประเทศที่พัฒนาแล้วมีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยี และตามมาด้วยประเทศกำลังพัฒนา เมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้ปัจจัยการผลิตทางด้านแรงงานลดลงการออมลดลง รัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการ และการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลและปฐมพยาบาลผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้การลงทุนลดลงรายได้ประชาชาติลดลง ทั้งนี้การที่แรงงานลดลงอาจแก้ไขโดยการนำเทคโนโลยีเครื่องจักรมาใช้ทดแทนแรงงานคนหรือใช้แรงงานต่างด้าวซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานมากขึ้น หากไม่มีการเตรียมความพร้อมการจัดสรรทรัพยากรแรงงานที่จะลดลงจะมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้รายได้ประชาชาติลดลงได้ ดังนั้นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไปมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมและมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

ทางด้านการผลิต เมื่อโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนไปมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้นขณะที่มีวัยทำงานเท่าเดิมหรือลดลงจะมีผลกระทบโดยตรงต่อการผลิต ทำให้การผลิตและกำลังแรงงานน้อยลงผลิตภาพการผลิตลดน้อยลงหรืออุปทานแรงงานลดลงซึ่งอาจจะส่งผลทำให้ค่าแรงสูงขึ้นได้หรือเกิดการขาดแคลนแรงงาน ทั้งนี้อาจแก้ไขปัญหขาดแคลนแรงงานโดยการใช้เครื่องมือเครื่องจักรหรือนำเทคโนโลยีเข้ามาทดแทนแรงงานคน หรือการนำเข้าแรงงานต่างด้าว ซึ่งจะส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวมากขึ้น

ทางด้านการลงทุนและการออม เมื่อมีวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทำให้ความต้องการลงทุนน้อยลงวัยสูงอายุหรือวัยเกษียณขาดรายได้หรือมีรายได้น้อยลงทำให้มีการออมลดลง ในขณะที่วัยทำงานต้องรับภาระมากขึ้น ทำให้มีการใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้มีเงินออมน้อยลง และเงินลงทุนลดลงสำหรับภาครัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการมากขึ้นเพื่อบริการสังคม ทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ทำให้การลงทุนและการออมของประเทศลดลง

ทางด้านผลผลิตหรือรายได้ประชาชาติ สัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GNP) หรือรายได้ประชาชาติน้อยลง และรายได้เฉลี่ยต่อบุคคลลดลง ผลิตภาพการผลิตลดลง

ทางด้านการคลัง งบประมาณรายจ่ายเพิ่มขึ้น ภาครัฐจำเป็นต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข การแพทย์ บริการสังคมแก่ผู้สูงอายุมากขึ้นและต้องเพิ่มงบประมาณรายจ่ายเพื่อสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ยากไร้ถูกทอดทิ้งมากขึ้น ขณะที่งบประมาณรายได้ลดลง เก็บภาษีรายได้น้อยลงเนื่องจากมีวัยผู้สูงอายุ ซึ่งไม่มีรายได้มีสัดส่วนที่มากขึ้น

ผลกระทบทางด้านสังคม

ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง การที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานจะต้องทำงานมากขึ้นและต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น บางครั้งอาจทำให้ผู้สูงอายุขาดความอบอุ่นหรืออาจถูกทอดทิ้งได้

ปัญหาทางด้านสภาพจิตใจ เมื่อถึงวัยเกษียณอายุ ไม่ได้ทำงานทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ไม่ภาคภูมิใจเหมือนเป็นภาระกับลูกหลาน อาจรู้สึกน้อยใจ ซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องมีคนดูแลเอาใจใส่

ปัญหาสุขภาพร่างกาย ตามปกติผู้สูงอายุจะมีสุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม ไม่แข็งแรง จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเอาใจใส่ และจะต้องใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นขณะที่ไม่มีรายได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ลำบาก หากไม่มีการวางแผนสะสมเงินออมเพื่อเก็บไว้ใช้จ่ายในวัยชรา จึงจำเป็นที่จะต้องเตรียมพร้อมรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะต้องมีการวางแผนการออม การลงทุนและการบริโภคเพื่อที่จะเตรียมพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่อสูงอายุแล้วจะต้องหยุดทำงานและขาดรายได้ จึงจำเป็นต้องเตรียมสะสมเงินออมหรือวางแผนการลงทุนเพื่อจะได้มีรายได้หรือเงินสะสมไว้ใช้ในช่วงที่สูงอายุหรือสามารถนำเงินออมที่สะสมไว้มากใช้ในช่วงบั้นปลายชีวิต

ดังนั้น ในการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุควรจะมีร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชนตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชนและประเทศ โดยเฉพาะการร่วมกันกระตุ้นเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการเตรียมวางแผนการออม การใช้ชีวิตในบั้นปลาย การร่วมมือกันในชุมชน การจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การปรับตัวทางด้านสังคมและจิตใจของผู้สูงอายุ รวมทั้งการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการลงทุนและการออมเพื่อเตรียมพร้อมเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุซึ่งสำหรับบางประเทศได้มีการขยายอายุผู้เกษียณอายุและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีงานทำมากขึ้นเพื่อไม่ให้รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่าและเป็นภาระกับสังคมเพื่อสร้างความภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ

๒. ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความมั่นคง และการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๒.๑ ความไม่เชื่อมั่นในการบริหารประเทศตามหลักนิติธรรม ประเทศไทยยังคงมีปัญหาเชิงโครงสร้างที่ไม่เอื้อต่อการบริหารตามหลักนิติธรรม ความไม่เชื่อมั่นในการบริหารประเทศและวิกฤติศรัทธาของผู้นำ รวมถึงโครงสร้างทางการเมืองการบริหารซึ่งแม้จะมีการกระจายอำนาจมากขึ้นแต่ในภาพรวม ยังคงมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง เป็นข้อจำกัดต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ประกอบกับการทุจริตคอร์รัปชันในภาครัฐขยายตัวออกไปทุกระดับ ส่งผลให้เกิดความไม่เชื่อมั่นของประชาชน ในขณะเดียวกัน ประชาชนบางส่วนยอมรับกระบวนการทุจริตคอร์รัปชันเพื่อแสวงหาประโยชน์ส่วนตน โดยผลของปัญหาดังกล่าวได้กัดกร่อนพื้นฐานทางคุณธรรมจริยธรรมของสังคม

๒.๒ ปัญหายาเสพติด ปัจจุบันสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มของเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการทำลายศักยภาพของประชากร และปัญหาการขยายตัวขององค์กรอาชญากรรม นอกจากนี้ ประเทศไทยต้องเผชิญกับการลักลอบค้ายาเสพติดจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยเป็นประเทศทางผ่านและประเทศปลายทาง ในขณะที่ การลักลอบขนยาเสพติด และแหล่งพักยาเสพติดอยู่บริเวณพื้นที่ชายแดนฝั่งไทยและประเทศเพื่อนบ้าน โดยพื้นที่ชายแดนภาคเหนือเป็นพื้นที่สำคัญ รองลงมาคือ

พื้นที่ชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้ กลุ่มนักค้าจากนอกภูมิภาคเข้ามามีบทบาทสำคัญในการค้ายาเสพติดระหว่างประเทศ ในการลำเลียงยาเสพติดจากหลายแหล่งผลิตทั้งในและนอกภูมิภาค ซึ่งการจับกุมกระทำได้น้อยขึ้นเนื่องจาก ลักษณะเฉพาะตัวของการจัดองค์กรและรูปแบบและวิธีการค้ายาเสพติดที่ปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ

๒.๓ ความเสี่ยงภัยพิบัติทางธรรมชาติสภาพการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสภาวะโลกร้อนเกิดขึ้นพร้อมกับการเพิ่มจำนวนของประชากรโลก รวมถึงการพัฒนาประเทศที่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก นำไปสู่การใช้ทรัพยากรธรรมชาติโดยขาดความสมดุล ทำให้สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมลง ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศน์จนนำไปสู่ภัยพิบัติธรรมชาติเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยมีพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุทกภัย วาตภัย รวมถึงสถานการณ์แผ่นดินไหว ที่เพิ่มมากขึ้น ประเทศไทยจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถ ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และการเตรียมความพร้อมในลักษณะที่สามารถบริหารจัดการวิกฤติการณ์และภัยพิบัติให้มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ขั้นป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูสถานการณ์ผลกระทบจากวิกฤติการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติในระดับรุนแรงมากขึ้น ควบคู่กับการขยายความร่วมมือกับประชาคมโลกเพื่อจัดการกับภัยพิบัติดังกล่าว

๓. ความเปลี่ยนแปลงจากเทคโนโลยีสารสนเทศ และสังคมดิจิทัล

เทคโนโลยีเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อกระบวนการกิจกรรมของมนุษย์ในหลาย ๆ ด้าน เช่น สังคม ความเป็นอยู่ การปกครอง เศรษฐกิจ แม้แต่ด้านการเมือง การปกครอง การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีนั้นเป็นไปอย่างรวดเร็ว ได้ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อระบบเศรษฐกิจ ภาคการผลิต ภาคการบริการ และคุณภาพชีวิตของประชาชน

เทคโนโลยี เป็นส่วนหนึ่งของผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสังคมในหลายๆ ด้านเป็นทั้งเครื่องมือที่ผลักดันให้ระบบเศรษฐกิจมีการพัฒนา รวมถึงเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิตของมนุษย์ อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีเองก็สามารถส่งผลกระทบในด้านที่ไม่ต้องการ เช่น การสร้างมลพิษหรือการเกิดส่วนเกินจากการผลิตที่ไม่ต้องการกลายเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม การพัฒนาเทคโนโลยีกลายเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาต่างของมนุษย์แต่ในขณะเดียวกันก็สร้างปัญหารูปแบบใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นด้วยการทำความเข้าใจแนวโน้มการพัฒนาเทคโนโลยีจำเป็นต้องมองระยะยาวมากขึ้น เพื่อสะท้อนภาพการพัฒนาเทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์ด้านบวกมากกว่าจะกลายเป็นผลเสียต่อสังคมโดยรวม

๔. เทคโนโลยีกับการเปลี่ยนแปลง สังคมยุคใหม่

กระบวนการเปลี่ยนแปลงของสังคมทั่วโลกที่เป็นไปตามกระแสการเปลี่ยนของเทคโนโลยี โดยเฉพาะด้านการสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศ ประสิทธิภาพของการส่งข้อมูลและข่าวสารมีความทันสมัยและรวดเร็ว ด้วยเทคโนโลยีทำให้การรับรู้เป็นไปอย่างสมบูรณ์มากขึ้น ทั้งภาพและเสียง ระบบการกระจายข้อมูลข่าวสารเป็นไปอย่างรวดเร็วไม่จำกัดช่องทางหรือตัวกลาง ผลจากการพัฒนารูปแบบเทคโนโลยีทุกด้านทำให้เกิดผลกระทบกับระบบเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทำให้เกิดแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายด้านแนวโน้มที่สำคัญ ประกอบด้วย

๑) เทคโนโลยีที่พัฒนาต่อเนื่องทำให้สังคมเปลี่ยนจากสังคมอุตสาหกรรมมาเป็นสังคมสารสนเทศ

๒) เทคโนโลยีแบบตอบสนองตามความต้องการของผู้ใช้แต่ละคน เป็นการพัฒนาขึ้นมาใช้สำหรับบุคคลเทคโนโลยีสร้างอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อเน้นการตอบสนองตามความต้องการ โดยสร้างพื้นฐานของอุปกรณ์รองรับทั้งด้านการเชื่อมโยงเครือข่ายทำให้กระบวนการที่ซับซ้อนสามารถเป็นไปได้

เทคโนโลยีพัฒนาก้าวหน้าเพื่อให้สามารถนำทุกการคิดค้นต่างๆ ขึ้นมาตอบสนองและลดปัญหาต่างๆ ของมนุษย์

๓) เทคโนโลยีทำให้เกิดรูปแบบขององค์กรที่สามารถประกอบการหรือดำเนินกิจกรรมได้ทุกสถานที่ และทุกเวลาอาศัยการสื่อสารที่ก้าวหน้าและแพร่หลายขึ้นผ่านระบบเครือข่าย การประชุมทางวิดีโอ ระบบประชุมบนเครือข่าย ระบบโทรศัทพ์ ระบบการค้าบนเครือข่าย ลักษณะของการดำเนินงานเหล่านี้ ทำให้ผู้ใช้ขยายขอบเขตการดำเนินกิจกรรมไปทุกหนทุกแห่งตลอด ๒๔ ชั่วโมง กิจกรรมทางเศรษฐกิจจัดการได้สะดวกมากขึ้นไม่จำเป็นว่าการวางระบบเอทีเอ็มที่ทำให้การเบิกจ่ายได้ตลอดเวลาและกระจายถึงตัวผู้รับบริการมากขึ้น

๔) เทคโนโลยีทำให้ระบบเศรษฐกิจเปลี่ยนจากระบบท้องถิ่นเชื่อมโยงสู่ระดับเศรษฐกิจโลกที่ไม่มีขีดจำกัดด้านสถานที่ การซื้อขายที่ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตทำให้เกิดรูปแบบการค้าที่ช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนสินค้า บริการอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว ระบบเศรษฐกิจในโลกสามารถเชื่อมโยงและเอื้อประโยชน์ในรูปแบบต่าง ๆ มากขึ้น

๕) เทคโนโลยีส่งผลให้องค์กรมีลักษณะแบบเครือข่ายมากขึ้น องค์กรมีการวางแผนลำดับขั้นสายการบังคับบัญชาจากบนลงล่าง แต่เมื่อการสื่อสารแบบสองทางและการกระจายข่าวสารดีขึ้นมีการใช้เครือข่ายคอมพิวเตอร์ในองค์กรผูกพันกันเป็นกลุ่มงานเพิ่มคุณค่าขององค์กรด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศองค์กรกลายเป็นการบริหารอย่างงานที่มีลักษณะการบังคับบัญชาแบบแนวนอนมากขึ้น การออกแบบหน่วยธุรกิจขนาดเล็กลงและเน้นการทำงานเชื่อมโยงกันกับหน่วยธุรกิจอื่นเป็นเครือข่ายตามความเชี่ยวชาญและประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์เป็นหลัก โครงสร้างขององค์กรได้รับผลตามกระแสของเทคโนโลยีอย่างสมบูรณ์

๖) เทคโนโลยีทำให้เกิดการวางแผนการดำเนินการบริหารที่สร้างความได้เปรียบเพื่อให้เกิดความยั่งยืนมากขึ้น ระบบการตัดสินใจวางแผนมีแบบแผนและมีประสิทธิภาพ แนวทฤษฎีทางความคิดการบริหารเปลี่ยนไปมีความยืดหยุ่นและมองหลายมิติมากขึ้น

๗) เทคโนโลยีได้กลายเป็นตัวแปรที่สำคัญในทุกด้านมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม ศิลธรรม การศึกษา เศรษฐกิจและการเมืองได้อย่างมาก การเชื่อมโยงข่าวสารจากประเทศต่างๆ ได้ทั่วโลกสามารถรับรู้ข่าวสาร ใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการสื่อสารระหว่างกันและติดต่อกับกันได้ทั่วโลกผลกระทบที่ตามมาของการส่งผ่านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จึงมีลักษณะเป็นสังคมโลกมากขึ้น

๓.๓ จุดยืนการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น

จังหวัดขอนแก่นกำหนดจุดยืน และตำแหน่งการพัฒนาตามความจำเป็นทางยุทธศาสตร์เชิงนโยบาย การสนองตอบต่อความต้องการสุขภาพของประชาชน สถานการณ์สุขภาพในปัจจุบันและอนาคต และการปรับตัวด้านสุขภาพของจังหวัดจากความเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายนอกทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคง และสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งพัฒนาสู่เมืองแห่งสุขภาพะเข้มแข็ง ศูนย์กลางความเป็นเลิศทางการแพทย์ระดับประเทศ ที่ประชาชนสุขภาพดีด้วยตนเอง ประกอบด้วยรายละเอียด ๘ จุดยืน ดังต่อไปนี้

๑. มุ่งเน้นการสร้าง พัฒนา ขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนการพัฒนาสุขภาพของจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ให้มีความเข้มแข็ง และความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และความต้องการทางสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้งพัฒนาระบบการบริหารจัดการโดยให้ภาคีทุกภาคส่วน และเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพสู่การปฏิบัติในทุกระดับให้เติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการเชื่อมโยงในทิศทางเดียวกับการพัฒนาประเทศ (Health in All Policy and Area)

๒. มุ่งเน้นการสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความตื่นรู้ ตระหนัก มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนของตนเองได้ มีจิตอาสาทางสุขภาพ ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนให้เข้มแข็ง และมีพันธสัญญาในการสร้างชุมชนสุขภาพดี (Total Health literacy for All)

๓. มุ่งเน้นการระดมพลังภาคีทุกภาคส่วนร่วมปฏิบัติการอย่างจริงจังเพื่อการลด และหยุดยั้งปัญหาสุขภาพของประชาชนในโรคที่ป้องกันได้ด้วยตนเองให้ลดลงอย่างต่อเนื่อง ภัยคุกคามทางสุขภาพ ได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ และมีมาตรฐานที่ดี เกิดชุมชนต้นแบบในทุกตำบล และขยายการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (Community Health Model)

๔. มุ่งเน้นการสร้างค่านิยมทางสุขภาพของประชาชนและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนเกิดมุมมองชีวิตทางสุขภาพ การมีสุขภาพดีเป็นวิถีชีวิตของประชาชน ชุมชน ให้ประสบความสำเร็จสู่ชุมชนที่เข้มแข็งทางวัฒนธรรมสุขภาพในระดับประเทศ (Healthy Value and Culture)

๕. มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพในทุกระดับของจังหวัดขอนแก่นให้มีคุณภาพมาตรฐาน โดยใช้เทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย เป็นระบบการแพทย์ ๔.๐ และมีความพร้อมในการพัฒนาเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในระดับภูมิภาคที่มีความเป็นเลิศ เพื่อหนุนเสริมการพัฒนาจังหวัดทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคง สิ่งแวดล้อม และการเติบโตของเมืองสู่เมืองนานาชาติในอนาคต (Medical Hub)

๖. มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนเชื่อมั่น และวางใจในศักยภาพทางการแพทย์ เข้าถึงบริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย ไร้รอยต่อ สถานบริการสุขภาพทุกระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป็นระบบบริการที่ยืดประชาชนเป็นศูนย์กลางหน่วยบริการมีความเข้าใจ เข้าถึงความต้องการของประชาชน ทำให้ประชาชนพึงพอใจในบริการและเข้าใจผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการมีความสุข และความภาคภูมิใจในภารกิจสุขภาพเพื่อประชาชน (Medical Service Excellent)

๗. มุ่งเน้นการใช้กลไกทางกฎหมาย มาตรการทางสังคม และการทำงานแบบบูรณาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีทุกภาคส่วนในการร่วมพัฒนา สังคมเมือง สังคมเมืองในชนบท และสังคมชนบท ทัวทั้งจังหวัดมีสภาพแวดล้อมทางสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของทุกกลุ่มวัย (แม่และเด็ก วัยเรียนวัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ) และจังหวัดขอนแก่นเป็นต้นแบบของการสร้างนิเวศน์สุขภาพของประเทศ (Smart Health City and Community : SHCC)

๘. มุ่งเน้นการส่งเสริม การสนับสนุน และการพัฒนาองค์กรด้านสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง มีธรรมาภิบาล บุคลากรมีความเชี่ยวชาญในการกิจ ทำงานอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง ปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงตามทิศทางการพัฒนาประเทศด้านการสาธารณสุข และการสร้างสมดุลแห่งรัฐตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี เป็นระบบการบริหารจัดการที่มีความทันสมัยด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ สื่อดิจิทัล และมีมาตรฐานสากลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ มีผลงานประสบความสำเร็จในการสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการแพทย์ และการบริการสุขภาพประชาชน ในระดับเขต ประเทศ และนานาชาติ (High Performance and Modernize)

๓.๔ การประเมินศักยภาพทางยุทธศาสตร์

ปัจจัยจากภายใน

จุดแข็ง (Strengths)

๑. มีองค์กรที่มีศักยภาพ/เครือข่ายภายในระดับ Excellent พร้อมจัดบริการในโรงพยาบาล และเป็นศูนย์กลางการผลิตมือเทียม ๓ มิติ สำหรับผู้พิการทั่วประเทศ
๒. มีบุคลากรที่มีศักยภาพสูง พร้อมขับเคลื่อนงาน มีค่านิยมบุคลากร
๓. มีระบบบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ
 - ๓.๑ มีแนวทางการจัดสรรงบประมาณและกำกับติดตาม
 - ๓.๒ มีระบบการจัดเก็บรายได้ที่มีประสิทธิภาพ
๔. มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและพร้อมใช้
๕. ปฐมภูมิเข้มแข็ง จัดบริการ PCU / NPU ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
๖. ชุมชนมีเครือข่าย อสม.พร้อมดูแลผู้สูงอายุและมีเครือข่ายการคุ้มครองผู้บริโภค

จุดอ่อน (Weaknesses)

๑. บุคลากรมีศักยภาพ, สมรรถนะ, ทักษะไม่เพียงพอกับปัญหาเฉพาะทางในพื้นที่ เช่น ทักษะด้าน IT ที่จะพัฒนางานตาม Mega Trend, PCU / NPCU
๒. บุคลากรขาดขวัญกำลังใจ จากความเหลื่อมล้ำ เรื่องเงินเดือน ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ เมื่อเทียบกับกระทรวงอื่น
๓. บุคลากรลดลง รับผิดชอบภาระงานเพิ่มขึ้น การกระจายบุคลากร ทรัพยากรไม่เหมาะสม
๔. งบประมาณไม่เพียงพอในการบริหารจัดการในทุกระดับ และไม่สอดคล้องกับนโยบาย ตัวชี้วัด
๕. การบริหารจัดการข้อมูล Big Data ไม่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
๖. ขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ที่ทันสมัย เช่น Software, Hardware

ปัจจัยจากภายนอก

โอกาส (Opportunities)

๑. เป็นศูนย์กลางการค้า เศรษฐกิจ คมนาคมขนส่งระดับภูมิภาค
๒. นโยบายและยุทธศาสตร์จังหวัดขอนแก่นเอื้อต่อการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ
ประเด็นยุทธศาสตร์ ๒ ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์เชื่อมโยงภูมิภาคสุขภาพความงาม
แพทย์แผนไทย
ประเด็นยุทธศาสตร์ ๓ Innovation & Technology
ประเด็นยุทธศาสตร์ ๔ พัฒนาสังคมสุขภาวะให้น่าอยู่และยั่งยืน
๓. เป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ระดับภูมิภาค มี รพ.ต่างสังกัดที่เป็น Excellent Center
๔. มีเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็งทั้งภาคเอกชน รัฐ ท้องถิ่น และประชาชน
๕. เป็นศูนย์กลางด้านวิชาการ ฝึกอบรม เรียนรู้ ได้แก่ โรงเรียนแพทย์ / โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยชั้นนำระดับภูมิภาคเอเชีย
๖. มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการสื่อสารข้อมูลที่รวดเร็วทั่วถึงเอื้อต่อการเชื่อมโยงทุกเครือข่าย มีศูนย์ ICT ชุมชน / Internet ชุมชน เอื้อต่อการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพทุกระดับ

ภัยคุกคาม (Threats)

๑. โครงสร้างสายบังคับบัญชาตามกฎหมายเปลี่ยนแปลงทำให้ไม่เอื้อต่อระบบการประสานงาน และการส่งต่อ นโยบายและกฎหมาย ถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ทำให้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ ยังไม่แน่นอน
๒. พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละกลุ่มวัยเปลี่ยน ทำให้อัตราการติดยาเสพติดสูงขึ้น ปัญหาสุขภาพจิต และโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น
๓. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรลดลง งบดำเนินการ ค่าตอบแทน เสี่ยงภัยการบรรจุแต่งตั้ง บุคลากรเพิ่มเติมล่าช้า
๔. ภาวะเงินเฟ้อ ทำให้เศรษฐกิจตกต่ำกระทบทั้งภาครัฐและเอกชน ภาวะสงคราม (น้ำมันแพง) ทำให้ค่าครองชีพสูง
๕. สังคมผู้สูงอายุแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้เป็นภาระด้านสุขภาพ และงบประมาณ
๖. เทคโนโลยีพัฒนาอย่างรวดเร็ว หลากหลาย ทำให้บุคลากรตามไม่ทันการรู้เท่าทันสื่อ และเทคโนโลยี เช่น Fake News

บทที่ ๓

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐)

ทิศทางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐ ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายสูงสุดของยุทธศาสตร์ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ รายละเอียดดังต่อไปนี้

๔.๑ วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ระบบบริการได้มาตรฐาน คนขอนแก่นมีสุขภาวะที่ดี”

กำหนดนิยามของวิสัยทัศน์ไว้ดังนี้

องค์กรหลัก หมายถึง

- ๑) กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยกำหนดที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ไม่ให้ประชาชนเจ็บป่วย (P&P Excellence) การจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence) การพัฒนานคน (People Excellence) และระบบบริหารจัดการที่มีคุณธรรม (Governance Excellence)
- ๒) นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนการพัฒนาสุขภาพของจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน มีความเข้มแข็ง เชื่อมโยงในทิศทางเดียวกับการพัฒนาประเทศ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และความต้องการทางสุขภาพของประชาชน ภาศึทุกภาคส่วน และเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ และร่วมพัฒนาระบบการบริการสุขภาพในทุกระดับให้เติบโตอย่างต่อเนื่อง

ระบบบริการได้มาตรฐาน หมายถึง

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

คนขอนแก่นมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง

- ๑) ประชาชนมีความตื่นรู้ ตระหนัก และเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี มีทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนของตนเองได้ มีจิตอาสาทางสุขภาพ สามารถสร้างระบบการจัดการสุขภาพของชุมชนให้เข้มแข็ง ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง และมีพันธสัญญาในการสร้างชุมชนสุขภาพที่ดี
- ๒) ปัญหาสุขภาพของประชาชนในโรคที่ป้องกันได้ด้วยตนเองและพลังชุมชนลดลงอย่างต่อเนื่อง ภัยคุกคามทางสุขภาพได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ และมีมาตรฐานที่ดี เกิดชุมชนต้นแบบความสำเร็จในทุกตำบล และขยายตัวอย่างต่อเนื่อง

- ๓) ค่านิยมทางสุขภาพของประชาชนได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประชาชนเกิดมุมมองชีวิตทางสุขภาพการมีสุขภาพดีเป็นวิถีชีวิตของชุมชน ประชาชน และประสบความสำเร็จในการสร้างชุมชนที่เข้มแข็งทางวัฒนธรรมสุขภาพในระดับประเทศ

๔.๒ พันธกิจ

- ๑) สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ
- ๒) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ให้ประชาชน เข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม
- ๓) พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะ มีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ
- ๔) พัฒนาระบบบริหารจัดการให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล

๔.๓ ประเด็นยุทธศาสตร์

- ๑) สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
- ๒) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
- ๓) พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ
- ๔) การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

เป้าประสงค์ที่ ๑ ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

เป้าประสงค์ที่ ๒ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน

เป้าประสงค์ที่ ๓ ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม

เป้าประสงค์ที่ ๔ ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ

เป้าประสงค์ที่ ๕ ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ ๖ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ

เป้าประสงค์ที่ ๗ บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความภาคภูมิใจในวิชาชีพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและ
ธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ ๘ เทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ
และบริหารจัดการ

เป้าประสงค์ที่ ๙ หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ ๑๐ มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้
กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.๒๕๖๖ - ๒๕๗๐

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
๑.สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และ คุ้มครองผู้บริโภคด้าน สุขภาพ และสนับสนุนให้ เกิดการมีส่วนร่วมจากทุก ภาคส่วน	๑.ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภค มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	๑.ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปีมี BMI ปกติ ๒.ความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มอาการความเสื่อม (Geriatric Syndromes) ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
	๒.ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและ ความเจ็บป่วยของประชาชน	๓.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ ๔.อัตราส่วนการตายมารดา ๕.อัตราตายของทารกแรกเกิด ๖.ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ๗. เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตสูงดีสมส่วน ๘.ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ๙.ร้อยละของกลุ่มภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล Care Plan คุณภาพ ๑๐. ร้อยละสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๑๑.ประชาชนอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test ๑๒. อัตราความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และการกลับเป็นซ้ำ ๑๓. จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๑๔. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
	๓.ระบบคุ้มครองผู้บริโภคและการ จัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ	๑๕. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital Challenges ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๑๖.ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพตามเกณฑ์

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
๒.พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทั่วถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม	๔.ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบ ส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ	๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี ๒.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ๓.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๕ml/min/๑.๗๓m๒/yr ๔.ระดับความสำเร็จการดำเนินการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๕.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค ๖.จำนวนอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง ๗.ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๘.ระดับความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ระดับ ๕ ๙.ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๑๐.ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ๑๑.จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามเกณฑ์มาตรฐาน ๑๒.ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วย (Seamless Referral System) ๑๓.ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ ๑๔.ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
	๕.ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ	๑๕ ระดับความสำเร็จของการประสานงาน จัดบริการปฐมภูมิร่วมในองค์กรต่างสังกัด

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
๓.พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ	๖.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ	๑. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา ๒. ร้อยละ อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอบริการบ้านและสามารถใช้ Application อสม. ได้
	๗.บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความภาคภูมิใจในวิชาชีพ	๓. ร้อยละของหน่วยงานมีการนำผลการประเมินฯ มาวิเคราะห์และแปลผลเพื่อใช้ในการพัฒนาองค์กรในการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข และมีการดำเนินงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข
๔.การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูงบริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล	๘. เทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ	๑. จำนวนผลงานวิจัย/R&D/นวัตกรรม/เทคโนโลยี ที่คิดค้นขึ้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอด ๒. จำนวนหน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล
	๙. หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน	๓. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน HA และระบบบริการก้าวหน้า (EMS) ๔. จำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอดำเนินการพัฒนาระบบความพึงพอใจของผู้รับบริการผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด ๕. จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
	๑๐. มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ	๖. จำนวนโรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ ๗. จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)

การกำหนดค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ตามแผนยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วม
จากทุกภาคส่วน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงาน	ค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานรับผิดชอบหลัก
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	
๑	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต	๑๙	๒๐	๒๒	๒๔	๒๖	๒๖	การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๒	ร้อยละตำบลผ่านเกณฑ์ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	๑๐๐	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๓	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ	NA	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	ส่งเสริมสุขภาพ
๔	อัตราการตายมารดา ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	๓๓.๓๒	๑๖	๑๖	๑๖	๑๕	๑๕	ส่งเสริมสุขภาพ
๕	อัตราตายของทารกแรกเกิดไม่เกิน ๓.๖ ต่อพันการเกิดมีชีพ	๒.๗	๓.๕	๓.๕	๓.๔	๓.๔	๓.๓	ส่งเสริมสุขภาพ
๖	ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	๙๘.๙๙	๘๕	๘๕	๘๕	๙๐	๙๐	ส่งเสริมสุขภาพ
๗	ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	๗๓.๑๓	๗๔	๗๖	๗๘	๘๐	๘๒	ส่งเสริมสุขภาพ
๘	ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน	๗๑.๒	๗๒	๗๓	๗๔	๗๕	๗๖	ส่งเสริมสุขภาพ
๙	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปีมี BMI ปกติ	๕๖.๕๐	๕๖	๕๘	๖๐	๖๐	๖๐	ส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงาน	ค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานรับผิดชอบหลัก
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	
๑๐	ความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มอาการ ความเสื่อม (Geriatric Syndromes) ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	๘๒.๐๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	ส่งเสริมสุขภาพ
๑๑	ร้อยละของกลุ่มภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล Care Plan	๙๕.๗๐	๙๕	๙๖	๙๗	๙๘	๑๐๐	ส่งเสริมสุขภาพ
๑๒	ร้อยละสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๕๙.๘๑	๘๐	๘๕	๒๐	๔๐	๖๐	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
๑๓	ประชาชนอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ ไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test	๗๒.๔๔	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
๑๔	อัตราความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ การกลับเป็นซ้ำ	๘๘	๙๐	๙๐	๙๒	๙๒	๘๘	ควบคุมโรคติดต่อ
๑๕	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital Challenges ผ่านเกณฑ์ระดับ - มาตรฐาน (standard) - ดีเยี่ยม (Excellent) - ทำทาย (Challenge)	NA	๑๐(๔๐%) ๘(๓๐%) ๖(๒๐%)	๑๓(๕๐%) ๑๐(๔๐%) ๘(๓๐%)	๑๖(๖๐%) ๑๓(๕๐%) ๑๐(๔๐%)	๒๑(๘๐%) ๑๖(๖๐%) ๑๓(๕๐%)	๒๖(๑๐๐%) ๒๑(๘๐%) ๑๖(๖๐%)	อนามัยสิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
๑๖	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพ ตามเกณฑ์	๘๒	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	๑๐๐	คุ้มครองผู้บริโภคฯ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการ สุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงาน	ค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานรับผิดชอบหลัก
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	
๑๗	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี ๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	๒๓.๕๒	๔๐	๔๐	๔๐	๔๐	๔๐	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
	๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	๕๗.๔๒	๖๐	๖๐	๖๐	๖๐	๖๐	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
๑๘	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ ค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ๓ ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ - ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการ ค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	๕๘.๔๙	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
๑๙	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๕ml/min/๑.๗๓m๒/yr	๖๔.๗๗	๖๖	๖๖	๖๖	๖๖	๖๖	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
๒๐	ระดับความสำเร็จการดำเนินการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บ วิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	ผ่าน เกณฑ์ ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
๒๑	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ควบคุมโรคติดต่อ
๒๒	ระดับความสำเร็จของการประสานงาน จัดบริการปฐมภูมิร่วมใน องค์กรต่างสังกัด	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	การสาธารณสุขมูลฐานและ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๒๓	จำนวนอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่า ตัวตายที่เข้มแข็ง	๖๕.๓๘ % ๑๗ อำเภอ	๖๙.๒๓% ๑๘ อำเภอ	๗๖.๙๒ % ๒๐ อำเภอ	๘๐.๗๗% ๒๑ อำเภอ	๘๔.๖๒ % ๒๒ อำเภอ	๙๒.๓๑ % ๒๔ อำเภอ	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการ สุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงาน	ค่าเป้าหมาย					กลุ่มงานรับผิดชอบหลัก
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	
๒๔	ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๒๕	ระดับความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๒๖	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	NA	๖๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ควบคุมโรคติดต่อ
๒๗	ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการบริบาลขั้นสมภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๒๘	จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามเกณฑ์มาตรฐาน	๒๔ แห่ง	๒๔	๒๔	๒๕	๒๕	๒๖	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๒๙	ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วย (Seamless Referral System)	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๓๐	ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ	ผ่าน เกณฑ์ ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ควบคุมโรคติดต่อ
๓๑	ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ

รหัส	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงาน	ค่าเป้าหมาย					หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	
๓๒	ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	บริหารทรัพยากรบุคคล
๓๓	ร้อยละของหน่วยงานมีการนำผลการประเมินฯ มาวิเคราะห์และแปลผลเพื่อใช้ในการพัฒนาองค์กรในการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข และมีการดำเนินงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	บริหารทรัพยากรบุคคล
๓๔	ร้อยละ อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้านและสามารถใช้ Application อสม. ได้	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐		การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล

รหัส	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงาน	ค่าเป้าหมาย					หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	
๓๕	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	๙๙ เรื่อง	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖	บริหารทรัพยากรบุคคล
๓๖	จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน HA และระบบบริการก้าวหน้า (EMS) The Must The Best							พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
		๑๖/๒๖ ๒/๒๖	๑๘/๒๖ ๗/๒๖	๒๑/๒๖ ๑๒/๒๖	๒๓/๒๖ ๑๗/๒๖	๒๖/๒๖ ๑๘/๒๖	๑๖/๒๖ ๓/๒๖	
๓๗	จำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอดำเนินการพัฒนาระบบความพึงพอใจของผู้รับบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๓๘	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	๒๔	๒๔	๒๕	๒๖	๒๖	๒๖	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๓๙	จำนวนโรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ	๒๔	๒๔	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖	ประกันสุขภาพ/การเงิน
๔๐	จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)	๕๒	๕๒	๕๒	๕๒	๕๒	๕๒	บริหารทั่วไป
๔๑	จำนวนหน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล	N/A	๑๓	๑๕	๒๐	๒๖	๒๖	เทคโนโลยีสารสนเทศ
	รวม ๔๑ ตัวชี้วัด							

KPI Template

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
เป้าประสงค์ที่ ๑	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
ตัวชี้วัดกระทรวง	จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	๑.จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิต
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ตามประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทำให้เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเกิดความยั่งยืนสืบไป กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย ๒ ใน ๓ ปัจจัย ดังนี้ ๑) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ ๒) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล ๓) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินงาน ดังนี้ ๑. มีการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามองค์ประกอบ UCCARE ๒. มีผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านตามเกณฑ์ผลลัพธ์ที่กำหนด อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน ๒๖ อำเภอ

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๙๒

	ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดขอนแก่น ๔ ประเด็น ดังนี้ ๑) คนขอนแก่นไม่ทอดทิ้งกัน ๑.๑ ดูแลกลุ่มเปราะบาง * ผู้สูงอายุติดเตียง , ผู้พิการ ๑.๒ SMART KID ๔.๐ (พัฒนาการเด็ก) ๒) การจัดการขยะต้นทาง ๓) การสร้างความมั่นคงและความปลอดภัยทางอาหาร “Food Bank Plus” ๔) ปัญหาตามบริบทของพื้นที่														
เกณฑ์เป้าหมาย	๑.ระดับจังหวัด (๒๖ อำเภอ) อำเภอผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐ <table><tr><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๖</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๗</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๘</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๗๐</td></tr><tr><td>๒๐</td><td>๒๒</td><td>๒๔</td><td>๒๖</td><td>๒๖</td></tr></table> ๒.ระดับอำเภอ เกณฑ์เป้าหมายระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ พขอ.					ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	๒๐	๒๒	๒๔	๒๖	๒๖
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐											
๒๐	๒๒	๒๔	๒๖	๒๖											
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑														
กลุ่มเป้าหมาย	๒๖ อำเภอ														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ระบบรายงาน HDC สสจ.ขอนแก่น ๒. สรุปรายงานผลจาก พขอ.แต่ละอำเภอ ๓. ผลการประเมินตนเองระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE ก่อน – หลังดำเนินการรายประเด็น														
แหล่งข้อมูล	๑. ข้อมูลรายงาน HDC สสจ.ขอนแก่น ๒. เอกสารประกอบการนิเทศงานของอำเภอที่เตรียมเพื่อรับการนิเทศงาน ๓. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน รายไตรมาส ๔. แบบรายงานการประเมินตนเองระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE ก่อน – หลังดำเนินการ														
รายการข้อมูล	๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนรายประเด็นคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๒. รายงานการประเมินตนเองระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE ก่อน – หลังดำเนินการ ๓. แผนขับเคลื่อนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๔. แผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รายประเด็น ประจำปี ๒๕๖๖ ๕. รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปี														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑.ระดับจังหวัด (A/B)×๑๐๐ A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ B = จำนวนอำเภอเป้าหมาย ๒๖ อำเภอ														
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส														

Small Success ปี ๒๕๖๖

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
- ทบทวนคัดเลือกรายประเด็น พขอ. - ปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการ พขอ./อนุกรรมการ พขอ.รายประเด็นให้เป็นปัจจุบัน - ประเมินตนเอง ตามแนวทาง UCCARE ก่อน ดำเนินการ - วางแผน ขับเคลื่อน พขอ.ในรูปแบบ one project one plan - มีแผนปฏิบัติการรายประเด็นครบทุกประเด็น	- มีแนวทางขับเคลื่อนรายประเด็นที่ชัดเจน - มีการบริหารจัดการทรัพยากรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน - ดำเนินการตามแผน - ติดตามการดำเนินงาน/แก้ไขปัญหา	- มีการเยี่ยมเสริมพลังและติดตามการดำเนินงาน/แก้ไขปัญหา - “พขจ.เยี่ยม พขอ.” - “พขอ.เยี่ยม พชต.” - ประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE หลัง ดำเนินงาน	- สรุปบทเรียนการดำเนินงานประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน - ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ

วิธีการประเมิน

๑. ประเมินจากข้อมูลในระบบ HDC สสจ. ขอนแก่น
๒. ประเมินการดำเนินงานจากการนิเทศงาน ประเมินผลระดับ CUP

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)
ผลการดำเนินงาน
ย้อนหลัง ๓ ปี
(ปี ๒๕๖๓ -๒๕๖๕)

ผลการดำเนินงานอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมิน ๓ ปีซ้อนหลัง				
ผลงาน	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
เกณฑ์การประเมิน(ร้อยละ)	๗๐	๗๕	๗๕	๘๕
ผลงานอำเภอผ่านเกณฑ์	๗๔.๖๒	๘๙.๒๓	๘๖.๑๖	N/A

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางลัดดาวัลย์ เทียมกลาง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ ๐-๔๓๒๒-๑๑๒๕ ต่อ ๑๔๗ โทรศัพท์ ๐-๔๓๒๒-๔๐๓๗
โทรศัพท์มือถือ ๐-๙๔๒๘๙-๕๕๒๔ E-mail : pcukk๒๕๕๕@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
เป้าประสงค์ที่ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
ตัวชี้วัด	๒. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
คำนิยาม	ตำบล หมายถึง ตำบลตามกฎหมายว่าด้วยลักษณะปกครองท้องที่ที่อยู่นอกเขตหน่วยการบริหารราชการ ส่วนท้องถิ่น ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการ การดำเนินงานด้วยกลไก ๓ หมอ ประกอบด้วย หมอคนที่ ๑ คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน หมอคนที่ ๒ คือหมอสาธารณสุข และ หมอคนที่ ๓ คือหมอเวชปฏิบัติครอบครัว และทีมขับเคลื่อนตำบลจัดการคุณภาพชีวิต สร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ท้องถิ่น โดยภาครัฐสนับสนุนเพื่อแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาตามบริบท และ/หรือ ประเด็นของชุมชน หรือประเด็น พขอ. ทั้งด้านการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น โดยใช้ทรัพยากร ภูมิปัญญา และนวัตกรรมของชุมชน มีแผนการดำเนินงานของชุมชนที่ให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีกิจกรรมดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือประเด็นการพัฒนา อย่างครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผน และมีการมุ่งเป้าหมายผลลัพธ์ที่ตอบสนองด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตจากความเข้มแข็งของชุมชน โดยมีระบบการดูแลสุขภาพตนเองและช่วยเหลือกัน ระบบบริการปฐมภูมิโดยชุมชนเชื่อมกับภาครัฐ และระบบการจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนอย่างเป็นระบบ อันทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น มีการจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง มีความมั่นคงด้านสุขภาพ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานครบ ๔ องค์ประกอบ ได้แก่ T = Team มีทีมสุขภาพระดับตำบลที่มีศักยภาพ P = Plan มีการจัดทำแผนสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วม A = Activity มีการจัดกิจกรรมหรือบริการสุขภาพกลุ่มวัย R = Result มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพในชุมชน กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติ หรืออื่น ๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย ๒ ใน ๓ ปัจจัย ดังนี้ ๑) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ ๒) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๙๕

	๓) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง หรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง (อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,๒๕๕๙)				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
	ของตำบลผ่านเกณฑ์ “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต”				
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”				
กลุ่มเป้าหมาย	๑๙๙ ตำบล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงานการประเมินตนเอง “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต” ผ่าน www.thaiphc.net ๒. บันทึกผลการดำเนินงานผ่าน โปรแกรม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	www.thaiphc.net โปรแกรม HDC				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๓ และ ๔				
เกณฑ์การประเมิน/เกณฑ์การให้คะแนน	ปี ๒๕๖๖				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	๑. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ๒. มีแผนงานโครงการพัฒนา พชต. ที่สอดคล้องกับ พชอ.	๑. มีพื้นที่เป้าหมายตำบลคุณภาพ ๑ อำเภอ : ๑ ตำบล ๒. ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน โครงการ	๑. มีการเยี่ยมเสริมพลังและติดตามการดำเนินงาน/สนับสนุน/แก้ไขปัญหา โดยทีม พชอ. ๒. ตำบลประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงาน ผ่านเว็บ WWW.Thaiphc.net	อำเภอดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ร้อยละ ๗๕	
ปี ๒๕๖๗					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
		ตำบลประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงาน ผ่านเว็บ WWW.Thaiphc.net	อำเภอดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ร้อยละ ๘๐		

	ปี ๒๕๖๘																		
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน															
			ประเมินความก้าวหน้า การดำเนินงาน ผ่าน เว็บ WWW.Thaiphc.net	อำเภอดำเนินงานและ ผ่านเกณฑ์การ ประเมินตำบลจัดการ คุณภาพชีวิต ร้อยละ ๘๕															
	ปี ๒๕๖๙																		
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน															
			ตำบลประเมิน ความก้าวหน้าการ ดำเนินงาน ผ่านเว็บ WWW.Thaiphc.net	อำเภอดำเนินงานและ ผ่านเกณฑ์การ ประเมินตำบลจัดการ คุณภาพชีวิต ร้อยละ ๙๐															
	ปี ๒๕๗๐																		
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน															
			ตำบลประเมิน ความก้าวหน้าการ ดำเนินงาน ผ่านเว็บ WWW.Thaiphc.net	อำเภอดำเนินงานและ ผ่านเกณฑ์การ ประเมินตำบลจัดการ คุณภาพชีวิต ร้อยละ ๙๐															
วิธีการประเมินผล	๑. ประเมินจากข้อมูลในระบบ www.Thaiphc.net ๒. ประเมินจากข้อมูลในโปรแกรม HDC ๓. ประเมินการดำเนินงานจากการนิเทศงาน ประเมินผลระดับ CUP																		
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน (Baseline Data) ผลการ ดำเนินงาน ย้อนหลัง ๓ ปี(ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ผลงาน (ร้อยละ)</th><th>ปี ๒๕๖๓</th><th>ปี ๒๕๖๔</th><th>ปี ๒๕๖๕</th><th>ปี ๒๕๖๖</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เกณฑ์การประเมิน</td><td>N/A</td><td>๗๐</td><td>๗๕</td><td>๗๕</td></tr> <tr> <td>ผลงานอำเภอผ่านเกณฑ์</td><td>N/A</td><td>๘๒.๙</td><td>๑๐๐.๐</td><td>N/A</td></tr> </tbody> </table>				ผลงาน (ร้อยละ)	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	เกณฑ์การประเมิน	N/A	๗๐	๗๕	๗๕	ผลงานอำเภอผ่านเกณฑ์	N/A	๘๒.๙	๑๐๐.๐	N/A
ผลงาน (ร้อยละ)	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖															
เกณฑ์การประเมิน	N/A	๗๐	๗๕	๗๕															
ผลงานอำเภอผ่านเกณฑ์	N/A	๘๒.๙	๑๐๐.๐	N/A															
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นางสาวผดาร์ณัช พลไชยมาตย์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ ๐ ๔๓๒๒ ๑๑๒๕ ต่อ ๑๔๗ โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๐๓๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๕๘๕๕ ๑๖๖๙ E-mail : phadarnuch@gmail.com ๒. นางอนรรักษ์ สะตะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ๐ ๔๓๒๒ ๑๑๒๕ ต่อ ๑๔๗ โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๐๓๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๖๑๗ ๖๓๗๘ E-mail : anuraksata@gmail.com																		

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๙๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน								
เป้าประสงค์ที่ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน								
ชื่อตัวชี้วัด	๓. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ								
นิยาม	หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดได้รับการบริการตามมาตรฐาน ระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก โดยมีค่านิยาม ดังนี้ ๑. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการฯทั้งหมด โดยต้องฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ๒. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ตามนัด จำนวน ๘ ครั้ง ดังนี้ <table border="0"> <tr> <td>นัดครั้งที่ ๑ เมื่อ GA ≤๑๒ สัปดาห์</td> <td>นัดครั้งที่ ๒ เมื่อ GA ๑๓ - ≤ ๒๐ สัปดาห์</td> </tr> <tr> <td>นัดครั้งที่ ๓ เมื่อ GA ๒๑ - ≤ ๒๖ สัปดาห์</td> <td>นัดครั้งที่ ๔ เมื่อ GA ๒๗ - ≤ ๓๐ สัปดาห์</td> </tr> <tr> <td>นัดครั้งที่ ๕ เมื่อ GA ๓๑ - ≤ ๓๔ สัปดาห์</td> <td>นัดครั้งที่ ๖ เมื่อ GA ๓๕ - ≤ ๓๖ สัปดาห์</td> </tr> <tr> <td>นัดครั้งที่ ๗ เมื่อ GA ๓๗ - ≤ ๓๘ สัปดาห์</td> <td>นัดครั้งที่ ๘ เมื่อ GA ๓๙ - ๔๐ สัปดาห์</td> </tr> </table> ๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก กินวันละ ๑ เม็ด วันละครั้ง ตลอดการตั้งครรภ์จนคลอด เม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก หมายถึง ยาเม็ดที่มีธาตุไอโอดีน ๑๕๐-๒๐๐ ไมโครกรัมต่อเม็ด ธาตุเหล็ก ๖๐ มิลลิกรัมต่อเม็ด และโฟลิก ๔๐๐ ไมโครกรัมต่อเม็ด ๔. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Rate of Anemia in Pregnancy Woman) หมายถึง ผลตรวจ Hct ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และ ฝากครรภ์ตอนอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ขึ้นไป มีค่า Hct น้อยกว่า ๓๓ % หรือ Hb น้อยกว่า ๑๑ กรัมต่อเดซิลิตร ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๕. หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดตามเกณฑ์คุณภาพ หมายถึง มารดาหลังคลอดและทารกในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน ๓ ครั้งดังนี้ ครั้งที่ ๑ คือเยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรกอายุบุตรไม่เกิน ๗ วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ ๒ คือเยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์ที่ ๒ ตั้งแต่บุตรอายุ ๘ วันแต่ไม่เกิน ๑๕ วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ ๓ คือเยี่ยมหลังคลอดตั้งแต่บุตรอายุ ๑๖ วัน แต่ไม่เกิน ๔๒ วัน นับถัดจากวันคลอด	นัดครั้งที่ ๑ เมื่อ GA ≤๑๒ สัปดาห์	นัดครั้งที่ ๒ เมื่อ GA ๑๓ - ≤ ๒๐ สัปดาห์	นัดครั้งที่ ๓ เมื่อ GA ๒๑ - ≤ ๒๖ สัปดาห์	นัดครั้งที่ ๔ เมื่อ GA ๒๗ - ≤ ๓๐ สัปดาห์	นัดครั้งที่ ๕ เมื่อ GA ๓๑ - ≤ ๓๔ สัปดาห์	นัดครั้งที่ ๖ เมื่อ GA ๓๕ - ≤ ๓๖ สัปดาห์	นัดครั้งที่ ๗ เมื่อ GA ๓๗ - ≤ ๓๘ สัปดาห์	นัดครั้งที่ ๘ เมื่อ GA ๓๙ - ๔๐ สัปดาห์
นัดครั้งที่ ๑ เมื่อ GA ≤๑๒ สัปดาห์	นัดครั้งที่ ๒ เมื่อ GA ๑๓ - ≤ ๒๐ สัปดาห์								
นัดครั้งที่ ๓ เมื่อ GA ๒๑ - ≤ ๒๖ สัปดาห์	นัดครั้งที่ ๔ เมื่อ GA ๒๗ - ≤ ๓๐ สัปดาห์								
นัดครั้งที่ ๕ เมื่อ GA ๓๑ - ≤ ๓๔ สัปดาห์	นัดครั้งที่ ๖ เมื่อ GA ๓๕ - ≤ ๓๖ สัปดาห์								
นัดครั้งที่ ๗ เมื่อ GA ๓๗ - ≤ ๓๘ สัปดาห์	นัดครั้งที่ ๘ เมื่อ GA ๓๙ - ๔๐ สัปดาห์								
เกณฑ์เป้าหมาย	ด้านกระบวนการ ๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์ ๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ๔. ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดตามเกณฑ์คุณภาพ ด้านผลลัพธ์ ๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ครั้งที่ ๑ ๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ครั้งที่ ๒								

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๙๘

ตัวชี้วัด		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์		๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘
๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ		๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘
๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก		๙๐	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐
๔. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ครั้งที่ ๑		๑๒	๑๑	๑๐	๙	๘
๕. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ครั้งที่ ๒		๑๒	๑๑	๑๐	๙	๘
๖. ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดตามเกณฑ์คุณภาพ						
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/ศูนย์แพทย์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงานจากข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC) โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามแนวทางของงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ๒. ส่งแบบรายงานภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทุกเดือน					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม ANC (อายุครรภ์คู่มือ Field GA)					
รายการข้อมูล	A = จำนวนหญิงตาม B ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกใน ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม ANC) B = จำนวนหญิงไทยที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (หญิงหลังคลอด) (ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม Labor)					
	A๑ = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ได้รับการบริการฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์ B๑ = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม Labor)					
	A๒ = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก B๒ = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ทั้งหมด					
	A๓ = จำนวนหญิงตั้งครรภ์เจาะเลือดครั้งที่ ๑ พบฮีมาโตคริตน้อยกว่า ๓๓% หรือฮีโมโกลบิน < ๑๑ กรัม B๓ = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือดหาระดับฮีมาโตคริตหรือฮีโมโกลบินครั้งที่ ๑ ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน					
	A๔ = จำนวนหญิงตั้งครรภ์เจาะเลือดครั้งที่ ๒ พบฮีมาโตคริตน้อยกว่า ๓๓% หรือฮีโมโกลบิน < ๑๑ กรัม B๔ = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือดหาระดับฮีมาโตคริตหรือฮีโมโกลบินครั้งที่ ๒ ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน					
	A๕ = จำนวนหญิงคลอด ตาม B๕ ได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ในเวลาที่กำหนด (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม Postnatal) B๕ = จำนวนหญิงไทยหลังคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม Labor)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์ = (A/B) x ๑๐๐ ๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ = (A๑/B๑) x ๑๐๐ ๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก = (A๒/B๒) x ๑๐๐ ๔. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ครั้งที่ ๑ = (A๓/B๓) x ๑๐๐ ๕. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ ๒ = (A๔/B๔) x ๑๐๐ ๖. ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดตามเกณฑ์คุณภาพ = (A๕/B๕) x ๑๐๐					

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๙๙

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
ตัวชี้วัด	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์	๘๘	ร้อยละ	๘๘.๓๑	๘๖.๔๘	๙๐.๘๐
๒) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ	๘๓	ร้อยละ	๘๒.๗๑	๘๐.๖๗	๘๗.๙๐
๓) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก	๘๒	ร้อยละ	๗๙.๗๕	๘๒.๗๘	๘๓.๖๓
๔) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ครั้งที่ ๑	๑๑.๗๔	ร้อยละ	๑๒.๐๘	๑๑.๒๔	๑๑.๙๑
๕) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ครั้งที่ ๒	๑๑.๙๗	ร้อยละ	๑๑.๕๘	๑๑.๓๘	๑๒.๙๕
๖) ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดตามเกณฑ์คุณภาพ	๘๑	ร้อยละ	๘๓.๐๒	๗๗.๙๓	๘๒.๔๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน																																			
เป้าประสงค์ที่ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน																																			
ชื่อตัวชี้วัด	๔. อัตราส่วนการตายมารดา																																			
คำนิยาม	๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยหมายถึง การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ ตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการ ดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพ แส่นคน ๑.๑ บุคลากรห้องคลอดผ่านการเพิ่มพูนทักษะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมใน ห้องคลอด หมายถึง โรงพยาบาลมีการฝึกทักษะแพทย์ พยาบาลห้องคลอด ให้สามารถ จัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะชั้กจาก ครรภ์เป็นพิษการคลอดติดไหล่ คลอดท่าก้น การช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและทารก เป็นต้น ๑.๒ หญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเสี่ยง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหรือโรคดังต่อไปนี้ GDM/Twin/Heart/PIH /Thalassemia ได้รับการดูแลตาม Care plan (การติดตามเยี่ยม เฝ้าระวังอาการผิดปกติและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ กระตุ้นให้มา ฝากครรภ์ตามนัด และวางแผนการคลอด เป็นรายบุคคล) ๑.๓ โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานงาน ANC และ LR คุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓ มีการประเมินตนเองและมีการจัดระบบบริการ ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหญิงคลอดและหลังคลอดตามมาตรฐานงานฝากครรภ์ คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ																																			
เกณฑ์เป้าหมาย	ด้านกระบวนการ ๑. ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทาง สูติกรรมในห้องคลอดอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (GDM/Twin/Heart/PIH /Thalassemia) ได้รับการดูแลตาม Care Plan ๓. โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานงาน ANC และ LR คุณภาพ ด้านผลลัพธ์ อัตราส่วนการตายมารดา																																			
<table><tr><th>ตัวชี้วัด</th><th>ปีงบประมาณ ๖๖</th><th>ปีงบประมาณ ๖๗</th><th>ปีงบประมาณ ๖๘</th><th>ปีงบประมาณ ๖๙</th><th>ปีงบประมาณ ๗๐</th></tr><tr><td>๑. อัตราส่วนการตายมารดา</td><td>๑๕.๙๒</td><td>๗.๙๖</td><td>๗.๙๖</td><td>๐</td><td>๐</td></tr><tr><td>๒. บุคลากรห้องคลอดผ่านการเพิ่มพูนทักษะในการ จัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมในห้องคลอด อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</td><td>๙๒.๓</td><td>๑๐๐</td><td>๑๐๐</td><td>๑๐๐</td><td>๑๐๐</td></tr><tr><td>๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (GDM/Twin/Heart/PIH /Thalassemia) ได้รับการ ดูแลตาม Care plan</td><td>NA</td><td>๙๒</td><td>๙๔</td><td>๙๖</td><td>๙๘</td></tr><tr><td>๔. โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานงาน ANCคุณภาพ และ LR คุณภาพ</td><td>NA</td><td>๘๐</td><td>๙๐</td><td>๑๐๐</td><td>๑๐๐</td></tr></table>							ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	๑. อัตราส่วนการตายมารดา	๑๕.๙๒	๗.๙๖	๗.๙๖	๐	๐	๒. บุคลากรห้องคลอดผ่านการเพิ่มพูนทักษะในการ จัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมในห้องคลอด อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	๙๒.๓	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (GDM/Twin/Heart/PIH /Thalassemia) ได้รับการ ดูแลตาม Care plan	NA	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๔. โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานงาน ANCคุณภาพ และ LR คุณภาพ	NA	๘๐	๙๐	๑๐๐	๑๐๐
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐																															
๑. อัตราส่วนการตายมารดา	๑๕.๙๒	๗.๙๖	๗.๙๖	๐	๐																															
๒. บุคลากรห้องคลอดผ่านการเพิ่มพูนทักษะในการ จัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมในห้องคลอด อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	๙๒.๓	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐																															
๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (GDM/Twin/Heart/PIH /Thalassemia) ได้รับการ ดูแลตาม Care plan	NA	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘																															
๔. โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานงาน ANCคุณภาพ และ LR คุณภาพ	NA	๘๐	๙๐	๑๐๐	๑๐๐																															
วัตถุประสงค์	๑.พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ๒. เฝ้าระวังช่วงหญิงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด เพื่อลดการตายมารดาจากการตั้งครรภ์ ๓. จัดระบบการส่งตืหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ																																			

กลุ่มเป้าหมาย	๑. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหรือโรค ๕ โรค ได้แก่ GDM/Twin/Heart/PIH /Thalassemia ๒. หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในสถานบริการสาธารณสุขทุกราย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงานการเสียชีวิตมารดาในแบบรายงาน CE-๖๒ ๒. รายงานการคลอดจากแบบรายงาน ก-๒ ๓. แบบรายงานติดตามเยี่ยม Care Plan เป็นรายบุคคล ๔. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานงานฝากครรภ์และห้องคลอดคุณภาพของกรมอนามัย
แหล่งข้อมูล	๑. งานบริการ จาการพศ./รพท./รพช. ๒. โรงพยาบาลระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓ ทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น
รายการข้อมูล	A = การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน ๔๒ วัน
	B = จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตทุกราย
	A๑ = จำนวนโรงพยาบาลที่ส่งบุคลากรเข้าร่วมซ้อมแผนภาวะวิกฤต/สถานการณ์ฉุกเฉินในห้องคลอด ที่จัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นร่วมกับโรงพยาบาลขอนแก่น หรือโรงพยาบาล แม่ข่ายจัดอบรม ครบ ประกอบด้วย แพทย์ ๑ คน พยาบาล ๒ คนต่อหน่วยบริการ ๑ แห่ง ภายในไตรมาสที่ ๑ หรือ ๒ B๑ = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ๒๖ แห่ง
	A๒ = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคหรือภาวะที่เสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ใน ๕ โรค หมายถึงหญิงตั้งครรภ์ ที่มีโรคทางอายุรกรรมทุกราย ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ GDM/Twin/Heart/PIH /Thalassemia ได้รับการดูแลตาม Care Plan (การติดตามเยี่ยม เฝ้าระวังอาการผิดปกติและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ กระตุ้นให้มา ฝากครรภ์ตามนัด และวางแผนการคลอด เป็นรายบุคคล)
	B๒ = หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์ใน ๕ โรค หมายถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทาง อายุรกรรมทุกราย ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ GDM/Twin/Heart/PIH /Thalassemia ได้รับการดูแลตาม Care Plan (การติดตามเยี่ยมเฝ้าระวังอาการผิดปกติและ สภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ กระตุ้นให้มาฝากครรภ์ตามนัด และ วางแผนการคลอด เป็นรายบุคคล)ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
	A๓ = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓ ประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานงาน ANC และ LR คุณภาพ B๓ = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓ ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. อัตราส่วนการตายมารดา = $(A/B) \times 100,000$ ๒. โรงพยาบาลมีการเพิ่มพูนทักษะในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมในห้องคลอดอย่าง น้อยปีละ ๑ ครั้ง = A๑ ๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (GDM/Twin/Heart/PIH /Thalassemia) ได้รับการดูแลตาม Care Plan = $(A๒/B๒) \times 100$ ๔. โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานงาน ANC และ LR คุณภาพ = $(A๓/B๓) \times 100$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
ตัวชี้วัด	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. อัตราตายของมารดา	๑๗	อัตรา	๓๕	๒๒.๔๑	๓๒.๓๒
๒. โรงพยาบาลมีการเพิ่มพูนทักษะในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมในห้องคลอดอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	๒๖	จำนวน	๑๐๐	๑๐๐	๙๒.๓
๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (GDM/Twin/Heart/PIH /Thalassemia) ได้รับการดูแลตาม Care Plan	NA	ร้อยละ	NA	NA	NA
๔. โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานงาน ANC คุณภาพ และ LR คุณภาพ	๒๖	จำนวน	๑๐๐	๑๐๐	NA

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑.นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	โทรศัพท์มือถือ ๐๘๕-๓๙๕๖-๔๖๖	E-mail : patnapit@gmail.com
	๒.นางสมภาพร สุระเดมิย์กุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	โทรศัพท์มือถือ ๐๘๔-๙๕๗๕-๕๔๘	E-mail : ooh_rx@yahoo.com

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๑๐๓

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน					
เป้าประสงค์ที่ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน					
ตัวชี้วัด	๕. อัตราตายของทารกแรกเกิด ๐-๒๘ วัน					
คำนิยาม	๑. อัตราตายของทารกแรกเกิด คือจำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายใน ๒๘ วัน ต่อ จำนวนเด็กเกิดมีชีพทั้งหมด ๑.๑ จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิต หมายถึงจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าเท่ากับ ๕๐๐ กรัม ขึ้นไป ที่เสียชีวิตเมื่ออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ๑.๒ จำนวนเด็กเกิดมีชีพทั้งหมด หมายถึงจำนวนเด็กเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม ๒. ทารกคลอดก่อนกำหนดหมายถึงทารกที่คลอดในระหว่างมารดาอายุครรภ์๒๔ สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ ๖ วัน ๓. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด ๔. ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) หมายถึงสภาวะทารกแรกเกิดที่ขาดออกซิเจนที่มีผลการประเมินคะแนน ด้วยการสังเกตสีผิว ชีพจร อัตราการเต้นของหัวใจ หรือปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นโดยใช้ค่าคะแนน Apgar Score ที่ ๑ นาที มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗ คะแนน เป็นเกณฑ์การประเมิน					
เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย ๑. อัตราตายของทารกแรกเกิด ๐-๒๘ วัน ๒. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด ๓. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๔. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด					
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
	๑) อัตราตายของทารกแรกเกิด ๐-๒๘ วัน	๒.๖	๒.๕	๒.๓	๒.๑	๒.๐
	๒) ร้อยละทารกคลอดก่อนกำหนด	๗	๖	๕	๔	๓
	๓) ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	๗	๖	๕	๔	๓
	๔) อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด	๓๒	๒๙	๒๕	๒๒	๑๘
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายในทารกแรกเกิด					
กลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดทุกราย					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงานการเสียชีวิตทารกในแบบรายงาน CE ๒. ข้อมูลภาวะคลอดก่อนกำหนด ในเว็บไซต์ https://www.tmchnetwork.net/preterm/login.aspx แยกรายงานบริการ ๓. บันทึกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของแต่ละสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามแนวทางของงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ๔. รายงานการคลอดจากแบบรายงานก-๒ ๕. โปรแกรม Newborn Registry เขตสุขภาพที่ ๗					
แหล่งข้อมูล	๑. งานบริการทารกแรกเกิด จาก รพศ./รพท./รพช./ ๒. โรงพยาบาลระดับ F๑ F๒ M๑ M๒ S A ทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น					

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๑๐๔

รายการข้อมูล	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าเท่ากับ ๕๐๐ กรัม ขึ้นไป ที่เสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน					
	B = จำนวนเด็กเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม					
	A๑ = จำนวนของหญิงคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลทุกระดับ					
	B๑ = จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A S M๑ M๒ F๑F๒					
	A๒ = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมที่คลอดในโรงพยาบาลระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒					
	B๒ = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่คลอดในโรงพยาบาลระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒					
	A๓ = จำนวนทารกแรกเกิดที่มี Apgar Score ที่ ๑ นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗ ที่คลอดในโรงพยาบาลระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒					
	B๓ = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่คลอดในโรงพยาบาลระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. อัตราตายของทารกแรกเกิด ๐-๒๘ วัน = (A/B) x ๑๐๐๐ ๒. ร้อยละทารกคลอดก่อนกำหนด=(A๑/B๑) x ๑๐๐ ๓. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม =(A๒/B๒) x ๑๐๐ ๔. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด =(A๓/B๓) x ๑๐๐๐					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน						
ตัวชี้วัด		Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
				๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑) อัตราตายของทารกแรกเกิด ๐-๒๘ วัน		๓.๖	อัตรา	๓.๑	๓.๒	๒.๗
๒) ร้อยละทารกคลอดก่อนกำหนด		๙	ร้อยละ	๘.๔๗	๘.๐๒	๗.๘
๓) ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม		๗	ร้อยละ	๙.๓๕	๑๐.๔๓	๙.๗๘
๔) อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด		๒๕	อัตรา	๓๘.๙๔	๓๙.๕๖	๓๖.๓๔
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด		๑. นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา				

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
เป้าประสงค์ที่ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
ชื่อตัวชี้วัด	๖. ร้อยละเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย
คำนิยาม	เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐) คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หมายถึง แบบประเมินพัฒนาการเด็ก ตั้งแต่แรกเกิดถึง ๕ ปี ใช้คัดกรองเด็กทั่วไปที่ไม่มีอาการผิดปกติ และดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรม พัฒนาการตามอายุของเด็กใน ๕ ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือนที่มาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังพบมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไป ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/หรือประเมินพัฒนาการพร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA๔I)หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-๕ ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-๕ ปี โปรแกรมการฝึก/ กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๑๐๖

เกณฑ์เป้าหมาย						
ตัวชี้วัด		ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐
๑) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ (ตรวจครั้งแรก)		๙๘	๙๘	๙๙	๙๙	๑๐๐
๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)		๒๕	๒๕	๒๕	๒๕	๒๕
๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ		๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐
๔) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน		๗๖	๗๗	๗๘	๗๙	๘๐
วัตถุประสงค์	๑.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย ๒.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ๓.ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักรู้ วิธีการเลี้ยงลูกอย่างมีคุณภาพ					
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ทุกคนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type ๑ ,Type ๓)					
วิธีจัดการข้อมูล	สถานบริการทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS, Hos xp, PCU เป็นต้น ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม					
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง /สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/ รพ.สต.ทุกแห่ง					
รายการข้อมูล	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ					
	B๑ = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ทั้งหมด					
	B๒ = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า					
	C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ					
	D = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ					
	E = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่พบพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือนได้รับการประเมินพัฒนาการ (ตรวจครั้งแรก) $= (A \times 100) / B๑$ ๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือนพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) $= (B๒ \times 100) / A$ ๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือนพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ $= (C \times 100) / B๒$ ๔) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือนที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน $= (D \times 100) / E$					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส					
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย					

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
ตัวชี้วัด	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ (ตรวจครั้งแรก)	๙๖.๐๕	ร้อยละ	๙๕.๕๓	๙๕.๖๑	๙๗.๐๓
๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	๓๖.๙๓	ร้อยละ	๓๔.๖๓	๔๐.๐๗	๓๖.๐๙
๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	๙๖.๕๖	ร้อยละ	๙๘.๕๖	๙๓.๗๙	๙๗.๓๕
๔) ร้อยละของเด็กอายุ ๙ ๑๘ ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือนที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน	๖๕.๙๕	ร้อยละ	๖๓.๙๕	๖๖.๑๘	๖๗.๗๔
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๙๘-๕๓๒๖๕๕๑ ๒. นางวรินทร์รัตน์ ชันธสะอาด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทร. ๐๔๓ - ๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๔๙				

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน				
เป้าประสงค์ที่ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน				
ข้อตัวชี้วัด	๗. เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตสูงดีสมส่วน				
คำนิยาม	เด็กอายุปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SDของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +๑.๕ SD ถึง -๑.๕ SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน เด็กชายส่วนสูงเฉลี่ย ๑๑๓ ซม. เด็กหญิงส่วนสูงเฉลี่ย ๑๑๒ ซม. ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก หมายถึง ยาน้ำที่ส่วนผสมของยาเสริมธาตุเหล็ก Elemental Iron ๑๒.๕ มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ ๖ เดือนถึง ๒ ปี และ ๒๕ มิลลิกรัม สำหรับ ๒ - ๕ ปี ได้รับ ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron Deficiency Anemia) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีจำนวนเซลล์เม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติจากการขาดธาตุเหล็ก ธาตุเหล็กมีความสำคัญต่อการทำงานของเซลล์ โดยเป็น องค์ประกอบของฮีโมโกลบิน ที่ทำหน้าที่ในการขนส่งก๊าซออกซิเจนไปส่วนต่างๆของร่างกายและเป็นส่วนประกอบช่วยการทำงานของเอนไซม์ในร่างกาย				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐
๑) ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘
๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘
๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน	๗๔	๗๖	๗๘	๘๐	๘๒
๔) ร้อยละเด็กอายุ ๙-๑๒ เดือน ได้รับการประเมินภาวะโลหิตจาง	๘๕	๘๖	๘๗	๘๘	๙๐
๕) ร้อยละเด็กอายุ ๙-๑๒ เดือน ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron Deficiency Anemia) ได้รับการรักษา	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
วัตถุประสงค์	๑.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย ๒.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ๓.ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักรู้ วิธีการเลี้ยงลูกอย่างมีคุณภาพ				
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๙-๑๒ เดือน เด็ก ๐-๕ ปี				
วิธีรายงาน	รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กที่เป็นปัจจุบัน จากหมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก และสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งไม่รวมการรับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม				

แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง /สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/ รพ.สต.ทุกแห่ง					
รายการข้อมูล	A = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน					
	B๑ = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี ทั้งหมด					
	B๒ = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด					
	C = จำนวนเด็กอายุ ๖เดือน -๕ ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก					
	D = จำนวนเด็กอายุ ๖เดือน -๕ ปี ทั้งหมด					
	E = จำนวนเด็กอายุ ๙ -๑๒ เดือนทั้งหมด					
	F = จำนวนเด็กที่ได้รับการประเมินภาวะโลหิตจาง					
	G = จำนวนเด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้รับการรักษา					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง = (B๒ x ๑๐๐) /B๑ ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก=(C x ๑๐๐)/D ๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน =(Ax๑๐๐)/B๒ ๔. ร้อยละเด็กอายุ ๙-๑๒ เดือน ได้รับการประเมินภาวะโลหิตจาง= (Fx๑๐๐)/E ๕. ร้อยละเด็กอายุ ๙-๑๒ เดือน ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron Deficiency Anemia)ได้รับการรักษา =(Gx๑๐๐)/F					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส					
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน						
ตัวชี้วัด		Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
				๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑) ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง		๘๗.๒๗	ร้อยละ	๘๖.๓๗	๘๘.๙๘	๘๖.๔๖
๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก		๘๔.๕๖	ร้อยละ	๘๖.๔๓	๘๗.๖	๗๙.๖๗
๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน		๗๓.๗๘	ร้อยละ	๗๓.๓๓	๗๔.๙	๗๓.๑๓
๔) ร้อยละเด็กอายุ ๙-๑๒ เดือน ได้รับการประเมินภาวะโลหิตจาง		NA	ร้อยละ	NA	NA	NA
๕) ร้อยละเด็กอายุ ๙-๑๒ เดือน ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron Deficiency Anemia) ได้รับการรักษา		NA	ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด		๑. นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๕-๓๙๖๔๖๖ ๒. นางวรินทร์รัตน์ ชันธสะอาด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๙๘-๕๓๒๖๕๕๑ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทร. ๐๔๓ - ๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๔๙				

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
เป้าประสงค์ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน
ข้อตัวชี้วัด	๘. ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน
คำนิยาม	เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๖ ปี จนถึง ๑๔ ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ ๖ ปีเต็ม ถึง ๑๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน) - โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.๑-ม.๓) - สูงตี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตกรมอนามัยปี ๒๕๖๔ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ S.D ของส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ - สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตกรมอนามัย ปี ๒๕๖๔ มีค่าระหว่าง +๑.๕ S.D ถึง -๑.๕ S.D ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง - เด็กสูงตีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) - ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง $>+2$ S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี ๒๕๖๔ - ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกันมีค่าต่ำกว่าถึง ๒ S.D แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน - ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -๒ S.D แสดงว่า เด็กเติบโตไม่ดี อาจเนื่องจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อย - ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หมายถึง ยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของ Elemental Iron ๖๐ มิลลิกรัมต่อเม็ด ตามคู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยให้กินสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง - ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง หมายถึง การตรวจระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) โดยเจาะเลือดจากปลายนิ้วมือ - ภาวะโลหิตจาง (Anemia) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) ในเลือดน้อยกว่าปกติเกณฑ์เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี มีค่า Hb < ๑๑.๕ กรัม/เดซิลิตร , Hct < ๓๕% - การรักษา หมายถึง นักเรียนที่มีภาวะโลหิตจางและได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อการรักษา ๑ เดือน - การติดตามและส่งต่อ หมายถึง การติดตามนักเรียนที่มีภาวะโลหิตจางและได้รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ๑ เดือน และกรณีพบภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุข - โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง หมายถึง โรงเรียนที่ได้รับการรับรองว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของกรมอนามัยโดยได้รับการประเมินจากทีมประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ

เกณฑ์เป้าหมาย					
ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
๑. ร้อยละเด็ก ๖-๑๔ ปี มีส่วนสูงที่รูปร่างสมส่วน	๗๒	๗๔	๗๖	๗๘	๘๐
๒. เด็ก ๖-๑๔ ปี ได้รับการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	๘๒	๘๔	๘๖	๘๘	๙๐
๙.๓ เด็ก ๖-๑๔ ปี เริ่มอ้วน และอ้วน	๘	๘	๘	๘	๘
๙.๔ เด็ก ๖-๑๔ ปี เตี้ย	๕	๕	๕	๕	๕
๙.๕ เด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับยา เม็ดเสริมธาตุเหล็ก	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
๙.๖ นักเรียนชั้น ป.๑ ได้รับการ ตรวจคัดกรองภาวะ โลหิตจาง	๘๐	๘๒	๘๔	๘๖	๘๘
๙.๗ นักเรียนชั้น ป.๑ ที่ได้รับ การตรวจคัดกรองพบ ภาวะโลหิตจาง	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
วัตถุประสงค์	๑.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย ๒.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ๓.ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักรู้ วิธีการเลี้ยงลูกอย่างมีคุณภาพ				
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียน อายุ ๖-๑๔ ปี ในโรงเรียนทุกสังกัด (โรงเรียนประถมศึกษา,โรงเรียนประถมศึกษา ขยายโอกาส, มัธยมศึกษา (ม.๑-ม.๓))				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม ส่งเข้า HDC ฐานข้อมูลจากแฟ้ม NUTRITION ๒. HDC Datacenter กลุ่มรายงานมาตรฐาน งานโภชนาการ				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล ทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีส่วนสูงในระดับดีและรูปร่างสมส่วน				
	B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๔ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$				
รายการข้อมูล ๒	A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก				
	B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๔ ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$				
รายการข้อมูล ๓	A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน				
	B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๔ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$				

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๑๑๒

รายการข้อมูล ๔	A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีภาวะเตี้ย																																																													
	B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๔ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด																																																													
สูตรคำนวณ	(A/B) x ๑๐๐																																																													
รายการข้อมูล ๕	A = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๒ ปี ที่ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ตามชุดสิทธิประโยชน์																																																													
	B = จำนวนเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๒ ทั้งหมดที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงจากแฟ้ม Nutrition (ไม่ใช่กลุ่มเด็กป่วย)																																																													
สูตรคำนวณ	(A/B) x ๑๐๐																																																													
รายการข้อมูล ๖	B๑ = จำนวนนักเรียนชั้น ป.๑ ที่รับการตรวจคัดกรองระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) (จากแฟ้ม Community Service รหัส ๑H๓๐๑๐-๑H๓๐๑๑)																																																													
	B๒ = จำนวนเด็กนักเรียนชั้น ป.๑ ทั้งหมดในโรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ																																																													
สูตรคำนวณ	(B๑/B๒) x ๑๐๐																																																													
รายการข้อมูล ๗	B๑ = จำนวนนักเรียนชั้น ป.๑ ที่รับการตรวจคัดกรองระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) (จากแฟ้ม Community Service รหัส ๑H๓๐๑๐-๑H๓๐๑๑)																																																													
	A๒ = จำนวนเด็กนักเรียนชั้น ป.๑ ที่รับการตรวจคัดกรองระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) พบผิดปกติ และได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อรักษา (จากแฟ้ม Community Service รหัส ๑H๓๐๑๑)																																																													
สูตรคำนวณ	(A๒/B๑) x ๑๐๐																																																													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน																																																														
<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="5">ผลงานย้อนหลัง ๕ ปี</td></tr><tr><td>๒๕๖๑</td><td>๒๕๖๒</td><td>๒๕๖๓</td><td>๒๕๖๔</td><td>๒๕๖๕</td></tr><tr><td>๑. ร้อยละเด็ก ๖-๑๔ ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน</td><td>ร้อยละ</td><td>๗๑.๕๙</td><td>๗๘.๕๔</td><td>๗๔.๖๓</td><td>๗๓.๗๖</td><td>๘๐</td></tr><tr><td>๒. เด็ก ๖-๑๔ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง</td><td>ร้อยละ</td><td>๘๕.๑๔</td><td>๗๓.๖๐</td><td>๙๐.๙๖</td><td>๘๒.๑๑</td><td>๘๓.๔๔</td></tr><tr><td>๓. เด็ก ๖-๑๔ ปี เริ่มอ้วนและอ้วน</td><td>ร้อยละ</td><td>๙.๓๐</td><td>๗.๑๓</td><td>๘.๕๕</td><td>๖.๒๖</td><td>๘.๒๓</td></tr><tr><td>๔. เด็ก ๖-๑๔ ปี เตี้ย</td><td>ร้อยละ</td><td>๔.๕๖</td><td>๓.๔๒</td><td>๔.๖๕</td><td>๔.๔๗</td><td>๕.๑</td></tr><tr><td>๕. เด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับยาเม็ด เสริมธาตุเหล็ก</td><td>ร้อยละ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>๖. นักเรียนชั้น ป.๑ ได้รับการ ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>๗. นักเรียนชั้น ป.๑ ที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองพบภาวะโลหิตจาง</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr></table>		ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ๕ ปี					๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๑. ร้อยละเด็ก ๖-๑๔ ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน	ร้อยละ	๗๑.๕๙	๗๘.๕๔	๗๔.๖๓	๗๓.๗๖	๘๐	๒. เด็ก ๖-๑๔ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ	๘๕.๑๔	๗๓.๖๐	๙๐.๙๖	๘๒.๑๑	๘๓.๔๔	๓. เด็ก ๖-๑๔ ปี เริ่มอ้วนและอ้วน	ร้อยละ	๙.๓๐	๗.๑๓	๘.๕๕	๖.๒๖	๘.๒๓	๔. เด็ก ๖-๑๔ ปี เตี้ย	ร้อยละ	๔.๕๖	๓.๔๒	๔.๖๕	๔.๔๗	๕.๑	๕. เด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับยาเม็ด เสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ						๖. นักเรียนชั้น ป.๑ ได้รับการ ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ	NA	NA	NA	NA	NA	๗. นักเรียนชั้น ป.๑ ที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองพบภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ	NA	NA	NA	NA	NA
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลงานย้อนหลัง ๕ ปี																																																										
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕																																																								
๑. ร้อยละเด็ก ๖-๑๔ ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน	ร้อยละ	๗๑.๕๙	๗๘.๕๔	๗๔.๖๓	๗๓.๗๖	๘๐																																																								
๒. เด็ก ๖-๑๔ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ	๘๕.๑๔	๗๓.๖๐	๙๐.๙๖	๘๒.๑๑	๘๓.๔๔																																																								
๓. เด็ก ๖-๑๔ ปี เริ่มอ้วนและอ้วน	ร้อยละ	๙.๓๐	๗.๑๓	๘.๕๕	๖.๒๖	๘.๒๓																																																								
๔. เด็ก ๖-๑๔ ปี เตี้ย	ร้อยละ	๔.๕๖	๓.๔๒	๔.๖๕	๔.๔๗	๕.๑																																																								
๕. เด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับยาเม็ด เสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ																																																													
๖. นักเรียนชั้น ป.๑ ได้รับการ ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ	NA	NA	NA	NA	NA																																																								
๗. นักเรียนชั้น ป.๑ ที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองพบภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ	NA	NA	NA	NA	NA																																																								
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางพัชรินทร์ อุทธิรักษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๔๙ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๓๗๖๑๘๐๗๗ E-mail :pakkah_@windowsslive.com																																																													

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน																
เป้าประสงค์ที่ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน																
ชื่อตัวชี้วัด	๙. ร้อยละประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (๑๘.๕-๒๒.๙กก./ตม.๒)																
คำนิยาม	๑. ประชาชนวัยทำงาน ๑๘-๕๙ ปี หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๘ ปี ๐ เดือน ๑ วัน ถึง ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือ/และความดันโลหิตสูง ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ รอบ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖																
	๒. ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) หมายถึง ค่าซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัว																
	เป็นกิโลกรัม กับส่วนสูงเป็นเมตร ค่าดัชนีมวลกายมีค่าเท่ากับน้ำหนัก หารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง หน่วยวัดจึงเป็น กิโลกรัม/เมตร ^๒																
	สูตรคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = <u>น้ำหนัก (กิโลกรัม)</u> ส่วนสูง (เมตร)×ส่วนสูง (เมตร)																
	การแปลผลค่าดัชนีมวลกาย ดังนี้																
	<table><tr><td>BMI</td><td><๑๘.๕</td><td>๑๘.๕-๒๒.๙</td><td>๒๓.๐-๒๔.๙</td><td>๒๕.๐-๒๙.๙</td><td>≥๓๐</td></tr><tr><td></td><td>ผอม</td><td>ปกติ</td><td>น้ำหนักเกิน</td><td>อ้วนระดับ ๑</td><td>อ้วนระดับ ๒</td></tr></table>					BMI	<๑๘.๕	๑๘.๕-๒๒.๙	๒๓.๐-๒๔.๙	๒๕.๐-๒๙.๙	≥๓๐		ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วนระดับ ๑	อ้วนระดับ ๒
BMI	<๑๘.๕	๑๘.๕-๒๒.๙	๒๓.๐-๒๔.๙	๒๕.๐-๒๙.๙	≥๓๐												
	ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วนระดับ ๑	อ้วนระดับ ๒												
	๓. ประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๘ ปี ๐ เดือน ๑ วัน ถึง ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง แล้ววิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม กับส่วนสูงเป็นเมตร มีค่าอยู่ระหว่าง ๑๘.๕-๒๒.๙ กิโลกรัม/เมตร ^๒																
เกณฑ์เป้าหมาย																	
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐												
	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๕๖	ร้อยละ ๕๗	ร้อยละ ๕๘	ร้อยละ ๕๙												
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนวัยทำงาน ๑๘-๕๙ ปี																
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รายงาน ผลการคัดกรองชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย จาก Health Data Center (HDC) จากแฟ้ม NCDScreen และ NUTRITION																
แหล่งข้อมูล	รพ.สต./สสอ./รพช./รพท./รพศ.																
รายการข้อมูล	ประชาชน ๑๘-๕๙ ปี ดัชนีมวลกายปกติ จาก Health Data Center (HDC) จากแฟ้ม NCDScreen และ NUTRITION																

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (๑๘.๕-๒๒.๙กก./ตม.๒) = $\frac{\text{จำนวนประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนกลุ่มวัยทำงาน ๑๘-๕๙ ปี ที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทั้งหมด}}$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นางพรณิภา ไชยรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทร. ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ โทรสาร ๐๔๓-๒๒๔๐๓๗ มือถือ ๐๘๑-๒๖๐๔๒๒๐ E-mail : pannipachairat@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
เป้าประสงค์ที่ ๑	ประชาชนทุกกลุ่มวัย และผู้บริโภคมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
ชื่อตัวชี้วัด	๑๐.ความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มอาการความเสี่ยง (Geriatric Syndromes) ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
คำนิยาม	ความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มอาการความเสี่ยง (Geriatric Syndromes) ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีความสำเร็จการดำเนินงานดังต่อไปนี้ ความสำเร็จที่ ๑ ร้อยละของผู้สูงอายุสุขภาพดีมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุ หมายถึง ตามความ พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ (กลุ่มติดสังคม) จากการประเมิน ADL คะแนนตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป ที่สามารถให้การช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ในชุมชน และสังคมได้ พร้อมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพอันพึงประสงค์ (ทุกข้อ) และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆเอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) ดังนี้ ๑. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สัปดาห์ละ ๑๕๐ นาที/สัปดาห์ ๒. กินผักและผลไม้ได้วันละ ๕ กำมือ เป็นประจำ (๖-๗ วันต่อสัปดาห์) ๓. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว ๔. ไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่ ๕. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า) ๖. การตรวจสุขภาพประจำปีหรือพบแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ ๗. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ ๗ - ๘ ชั่วโมง ๘. การดูแลสุขภาพช่องปาก/มีการแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย ๒๐ ซี่ หรือ ๔ คู่สบ หมายเหตุ: ๑. ผ่านการประเมินทั้ง ๘ ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๒. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยาน และการท่องเที่ยว (ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๓) ๓. กินผักและผลไม้ได้วันละ ๕ กำมือ เป็นประจำ (๖ - ๗ วันต่อสัปดาห์) หมายถึง ใน ๑ วัน กินผัก ๓ กำมือ และกินผลไม้ ๒ กำมือ หรือ กินผัก ๔ กำมือ และกินผลไม้ ๑ กำมือ ๔. อ้างอิงดัชนีที่ ๘ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๒ พ.ศ.๒๕๖๑

	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านจิตใจ หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข ๕ มิติในชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ๒Q กิจกรรมสร้างสุข ๕ มิติ หมายถึง การจัดกิจกรรมในการพัฒนาความสุขทั้ง ๕ ด้าน ให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามเทคโนโลยีการจัดกิจกรรมสร้างสุข ๕ มิติ ประกอบด้วย ๑. สุขสบาย (Happy Health) กิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง คล่องแคล่ว ชะลอความเสื่อมและคงสมรรถภาพทางกายให้นานที่สุด เช่น เดิน โยคะ ชีกง รำวง ๒. สุขสนุก (Recreation) กิจกรรมนันทนาการที่สร้างความสดชื่น สร้างพลังความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อลดความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล เช่น ร่วมทำกิจกรรมเกมส์บันเทิง ร้องเพลงประกอบกิจกรรมบริหารสมอง ๓. สุขสง่า (Integrity) กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม และเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก เช่น ร่วมกิจกรรมงานบุญ งานสาธารณะประโยชน์ ๔. สุขสว่าง (Cognition) กิจกรรมที่ช่วยชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มไหวพริบความจำ การมีสติ การคิดอย่างมีเหตุผล และการจัดการกับสิ่งต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ๕. สุขสงบ (Peacefulness) กิจกรรมการรับรู้เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ สามารถจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และสามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้
	ความสำเร็จที่ ๒ ร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมหรือพลัดตกหกล้มในชุมชนได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๒.๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๒.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่ กรมการแพทย์กำหนด) กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่ม อาการและปัญหาสุขภาพที่สำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (๑) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (๒) การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม

[illegible]

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน					
เป้าประสงค์ที่ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน					
ชื่อตัวชี้วัด	๑๑.ร้อยละของกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan คุณภาพ					
คำนิยาม	แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ การจัดบริการดูแลระยะยาวกลุ่มภาวะพึ่งพิงตาม Care Plan คุณภาพ โดยมีกระบวนการ ดังนี้ ๑. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ๒. กลุ่มภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) และได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ทุกสิทธิ์และตามชุดสิทธิประโยชน์ ๒.๑ Care Manager จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care ๓C กรมอนามัย ในโปรแกรม LTC สปสช ๒.๒ Care Manager เสนอ Care Plan ผ่านคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล และบันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติ Care Plan ตามระบบโปรแกรม LTC ทั้งในระบบ สปสช. และกรมอนามัย ๒.๓ กลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผน Care Plan โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ๓. กองทุน Long Term Care มีการโอนงบประมาณกองทุน LTC ในการดูแลกลุ่มภาวะพึ่งพิง ๔. ผลลัพธ์การดูแลกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ครบ ๙ เดือน ๑๒ เดือน มีค่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้น สามารถเปลี่ยนกลุ่มที่ดีขึ้น หรือกลุ่มติดเตียงไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan คุณภาพ					
	ปีงบประมาณ					
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	
	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๙	
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อวางแผนการดูแล ส่งเสริม ฟื้นฟู และพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงแบบรอบด้านรายบุคคล เชื่อมโยงกับการดูแลในระดับครอบครัว ๒. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น					
กลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิ์การรักษา ๒. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิ์การรักษา					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงานผลการคัดกรอง ADL ในฐานข้อมูล Health Data Center ๒. รายงานการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) โปรแกรม LTC กรมอนามัย และ สปสช. ๓. รายงานผลลัพธ์การดูแลกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีค่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้น ,สามารถเปลี่ยนกลุ่มที่ดีขึ้น หรือกลุ่มติดเตียงไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นหลังการดูแลครบ ๙ เดือน ๑๒ เดือน					

แหล่งข้อมูล	๑. ฐานข้อมูลการคัดกรอง ADL ใน Health Data Center ๒. โปรแกรม Long Term Care กรมอนามัย ๓. โปรแกรม Long Term Care สปสช.
รายการข้อมูล	๑. ฐานข้อมูลการคัดกรอง ADL ใน Health Data Center, LTC สปสช., LTC ๓C ๒. ฐานข้อมูลกลุ่มภาวะพึ่งพิงและ Care Plan ในโปรแกรม LTC สปสช.และ LTC ๓C กรมอนามัย ๓. รายงานการอนุมัติงบเบิกจ่ายงบกองทุน Long Term care โปรแกรม สปสช. ๔. รายงานผลค่าคะแนน ADL การดูแลกลุ่มภาวะพึ่งพิง ๙,๑๒ เดือน โปรแกรม LTC สปสช. และแบบรายงานผลการดูแลกลุ่มภาวะพึ่งพิงเปลี่ยนกลุ่ม
สูตรการคำนวณ	ร้อยละของกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan คุณภาพ = $\frac{\text{จำนวนกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)}}{\text{จำนวนกลุ่มภาวะพึ่งพิงทั้งหมด}} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนตุลาคม ๒๕๖๕-กันยายน ๒๕๖๖
วิธีการประเมินผล	๑) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ๒) Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล ๓) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีผลการประเมิน ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางอังคณา อึ้งปิติมานะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทร. ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ โทรสาร ๐๔๓-๒๒๔๐๓๗ มือถือ ๐๖๑-๗๙๒๙๔๒ E-mail : ungpitimana.ang@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน				
เป้าประสงค์ที่ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน				
ตัวชี้วัด	๑๒.ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
คํานิยาม	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปีได้รับการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๑. การคัดกรองด้วยวิธี Pap Smear หรือ VIA (นับผลงานตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒-๓๑ มกราคม ๒๕๖๔ เท่านั้น) ๒. นับตั้งแต่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ การคัดกรองให้ใช้วิธี HPV DNA Test เท่านั้น				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๘๐ (สะสม ๕ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๗ ≥ ร้อยละ ๘๕)				
	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลูกกลม				
กลุ่มเป้าหมาย	สตรีไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ (การนับอายุ ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ณ วันที่ให้บริการ) (ประชากร Type Area ๑, Type Area ๓) ในช่วงเวลาที่กำหนด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.การบันทึกข้อมูล: บันทึกการคัดกรองผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ ดังนี้ ๑.๑ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear รหัส ๑B๐๐๔๔,๑B๐๐๔๘,๑B๐๐๔๙,๑B๓๐,๑B๔๐,Z๐๑๔,Z๑๒๔ ๑.๒ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA รหัส๑B๐๐๔๐,๑B๐๐๔๑,๑B๐๐๔๒,๑B๐๐๔๓,๑B๐๐๔๕ ๑.๓ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test รหัส ๑B๐๐๔๖ หมายเหตุ :ข้อ ๑.๑-๑.๓ จากแฟ้ม Special PP และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ๑.๔ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test จากโปรแกรม HPVcx๒๐๒๐ ของสถาบันมะเร็ง ๒. ผู้จัดเก็บข้อมูล: ผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็ง ๓. พื้นที่รับผิดชอบ: Type Area ๑ = มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่ Type area ๓ = ไม่มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่มากกว่า ๖ เดือน				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับใน CUP HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โปรแกรม HPVcx๒๐๒๐ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ				
รายการข้อมูล	จำนวนสตรีไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในฐานข้อมูล HDC จำนวนสตรีไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปี				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนสตรีไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก B = จำนวนสตรีไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปี				

ระยะเวลาประเมินผล	เริ่ม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒-รอบการนิเทศที่กำหนด		
วิธีการประเมินผล	ประเมินผลได้แบบ Realtime ผ่านระบบ HDC		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕)			
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	
ร้อยละ ๓๓.๐๓	ร้อยละ ๔๙.๒๐	ร้อยละ ๕๙.๘๑	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๕ แยกรายอำเภอ			
เครือข่ายบริการ	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ
โรงพยาบาลขอนแก่น	๖๘,๔๙๘	๓๕,๘๙๔	๕๒.๔๐
โรงพยาบาลบ้านฝาง	๙,๑๕๐	๓,๑๘๖	๓๕.๘๒
โรงพยาบาลพระยืน	๕,๗๑๙	๒,๘๗๒	๕๐.๒๒
โรงพยาบาลหนองเรือ	๑๓,๓๑๒	๘,๔๒๔	๖๓.๒๘
โรงพยาบาลชุมแพ	๑๘,๗๒๘	๑๕,๒๙๔	๘๑.๖๖
โรงพยาบาลสีชมพู	๑๑,๕๖๓	๖,๔๘๗	๕๖.๑๐
โรงพยาบาลน้ำพอง	๑๗,๑๙๔	๗,๔๕๐	๔๓.๓๓
โรงพยาบาลอุบลรัตน์	๕,๙๒๓	๔,๙๖๓	๘๓.๗๙
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน	๑๒,๐๒๒	๖,๘๙๕	๕๗.๓๕
โรงพยาบาลบ้านไผ่	๑๗,๖๗๑	๘,๓๒๖	๔๗.๑๒
โรงพยาบาลเปือยน้อย	๔,๑๐๗	๒,๒๙๙	๕๕.๙๘
โรงพยาบาลพล	๑๓,๙๘๖	๑๑,๔๖๙	๘๒.๐๐
โรงพยาบาลแก้งใหญ่	๓,๗๓๒	๒,๗๙๗	๗๔.๙๕
โรงพยาบาลแก้งน้อย	๗,๑๙๗	๔,๗๔๖	๖๕.๙๔
โรงพยาบาลหนองสองห้อง	๑๐,๔๙๔	๖,๘๑๔	๖๔.๙๓
โรงพยาบาลภูเวียง	๙,๙๑๕	๖,๑๐๒	๖๑.๕๔
โรงพยาบาลมัญจาคีรี	๑๑,๓๒๖	๗,๖๓๑	๖๗.๓๘
โรงพยาบาลชนบท	๗,๙๖๒	๔,๕๐๓	๕๖.๕๖
โรงพยาบาลเขาสวนกวาง	๕,๔๙๙	๓,๖๘๒	๖๖.๙๖
โรงพยาบาลภูผาม่าน	๔,๐๙๓	๓,๒๔๒	๗๙.๒๑
โรงพยาบาลซำสูง	๓,๙๔๕	๑,๖๔๐	๔๑.๕๗
โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย	๔,๒๗๐	๓,๐๗๙	๗๒.๑๑
โรงพยาบาลหนองนาคำ	๓,๘๐๕	๒,๒๕๕	๕๙.๒๖
โรงพยาบาลสิรินธร จ.ขอนแก่น	๑๐,๘๐๒	๗,๘๐๐	๗๒.๒๑
โรงพยาบาลโนนศิลา	๓,๒๖๕	๒,๒๖๔	๖๙.๓๔
โรงพยาบาลเวียงเก่า	๓,๑๑๖	๑,๗๐๕	๕๔.๗๒
รวม	๒๘๗,๙๒๔	๑๗๑,๘๑๙	๕๙.๘๑
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางยุภาพร ดีแป้น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๕๐ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๐-๔๖๒๐๑๖๐ โทรสาร ๐๔๓-๒๒๔๐๓๗ E-mail : smallbody@hotmail.com กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด		

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคภัยสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน														
เป้าประสงค์ที่ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน														
ข้อชี้วัด	๑๓. ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test														
คำนิยาม	๑. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ประชากรเพศชายและหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ๒. วิธีนับอายุกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิง ที่เกิด ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๔๖-วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖ ๓. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT Test) โดยอาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off ๑๐๐ mg/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ														
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๘๐ <table><tr><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๖</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๗</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๘</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๗๐</td></tr><tr><td>๘๐</td><td>๘๐</td><td>๘๐</td><td>๘๐</td><td>๘๐</td></tr></table>					ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐											
๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐											
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะลูกกลม														
กลุ่มเป้าหมาย	๑. ประชากรเพศชายและหญิง ทุกสิทธิการรักษา ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ๒. เป็นประชากร Type area ๑, Type area ๓ ในช่วงเวลาที่กำหนด ๓. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินการตามที่ได้มีการจัดสรรในปีงบประมาณ ๒๕๖๖														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การบันทึกข้อมูล : บันทึกการคัดกรองผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ ด้วยรหัส ๑B๐๐๖๐ (ผลลบ) หรือ รหัส ๑B๐๐๖๑ (ผลบวก) และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ๒. ผู้จัดเก็บข้อมูล : ผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็ง ๓. พื้นที่รับผิดชอบ : Type Area ๑ = มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่ Type Area ๓ = ไม่มีในทะเบียนบ้านและอยู่ในพื้นที่มากกว่า ๖ เดือน														
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับใน CUP HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test และยังไม่ได้รับการคัดกรองในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ ๒๕๖๖														
ระยะเวลาประเมินผล	เริ่ม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-รอบการนิเทศที่กำหนด														
วิธีการประเมินผล	ประเมินผลได้แบบ Realtime ผ่านระบบ HDC														

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
ร้อยละ ๘๒.๔๘	ร้อยละ ๗๘.๖๒	ร้อยละ ๘๔.๙๑

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๕ แยกรายอำเภอ

เครือข่ายบริการ (CUP)	เป้าหมายจัดสรรดำเนินการ FIT Test (คน)	ผลงาน(คน)	ร้อยละ
โรงพยาบาลขอนแก่น	๑๐,๓๙๒	๗,๗๗๗	๗๔.๘๔
โรงพยาบาลบ้านฝาง	๑,๕๐๙	๔๕๖	๓๐.๒๑
โรงพยาบาลพระยืน	๙๘๒	๑,๐๑๐	๑๐๒.๘๘
โรงพยาบาลหนองเรือ	๒,๕๓๘	๒,๔๑๙	๙๕.๓๐
โรงพยาบาลชุมแพ	๓,๒๗๗	๑,๘๙๙	๕๗.๙๕
โรงพยาบาลสีชมพู	๑,๙๘๒	๑,๖๕๕	๘๓.๕๑
โรงพยาบาลน้ำพอง	๓,๑๐๕	๒,๕๙๔	๘๓.๕๓
โรงพยาบาลอุบลรัตน์	๙๒๗	๙๙๖	๑๐๗.๓๙
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน	๒,๐๕๐	๑,๙๒๐	๙๓.๖๕
โรงพยาบาลบ้านไผ่	๒,๖๙๑	๓,๑๖๑	๑๑๗.๔๘
โรงพยาบาลเปือยน้อย	๕๐๗	๖๗๗	๑๓๓.๔๐
โรงพยาบาลพล	๒,๓๐๙	๒,๗๒๑	๑๑๗.๘๔
โรงพยาบาลแวงใหญ่	๗๗๕	๖๖๗	๘๖.๐๗
โรงพยาบาลแวงน้อย	๑,๑๔๙	๑,๐๖๓	๙๒.๕๐
โรงพยาบาลหนองสองห้อง	๑,๙๙๓	๑,๗๑๕	๘๖.๐๖
โรงพยาบาลภูเวียง	๑,๘๙๐	๑๔๘	๗.๘๓
โรงพยาบาลมัญจาคีรี	๒,๐๑๒	๒,๒๓๖	๑๑๑.๑๓
โรงพยาบาลชนบท	๑,๓๔๑	๑,๓๔๙	๑๐๐.๕๖
โรงพยาบาลเขาสวนกวาง	๘๒๐	๗๗๐	๙๓.๘๖
โรงพยาบาลภูผาม่าน	๕๘๗	๖๖๓	๑๑๒.๘๕
โรงพยาบาลข้าสูง	๖๖๕	๗๑๓	๑๐๗.๒๖
โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย	๗๐๘	๗๔๔	๑๐๕.๑๐
โรงพยาบาลหนองนาคำ	๖๒๓	๖๐๖	๙๗.๒๖
โรงพยาบาลสีรินธร	๑,๑๑๑	๕๙๕	๕๓.๕๕
โรงพยาบาลโนนศิลา	๗๐๙	๗๔๕	๑๐๕.๐๘
โรงพยาบาลเวียงเก่า	๕๕๘	๔๕๑	๘๐.๘๖
รวม	๔๗,๒๑๒	๓๙,๗๕๐	๘๔.๑๙

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางยุภาพร ดีแป้น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๕๐ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๐-๔๖๒๐๑๖๐
โทรสาร ๐๔๓-๒๒๔๐๓๗ E-mail : smallbody@hotmail.com
กลุ่มงาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน				
เป้าประสงค์ที่ ๒	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน				
ข้อตัวชี้วัด	๑๔. อัตราความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และการกลับเป็นซ้ำ				
คำนิยาม	๑. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ ๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง ๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically Diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค ๒. การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) โดยเทียบกับค่าคาดประมาณของประชากร (๑๕๐ ต่อแสนประชากร) ๓. การประเมินการค้นหวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการค้นหวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๘
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ ๒. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข				
กลุ่มเป้าหมาย	๑. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินการค้นหวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ๑.๑ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด ๑.๒ ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง ๑.๓ ผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไป หรือที่สูบบุหรี่ หรือมี DM หรือมี COPD ๑.๔ ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วย CKD ตั้งแต่ stage ๔ ขึ้นไป, ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA๑c ตั้งแต่ ๗ ขึ้นไป),				

	ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิ (ยากดภูมิทุกชนิด Steroid Prednisolone ๒๐ mg/d, Sulfasalazine Cyclosporine mtx เป็นต้น) ๑.๕ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๑.๖ ผู้ต้องขัง ๑.๗ บุคลากรทางการแพทย์ ๒. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ (โปรแกรม NTIP online)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ (NTIP Online)
รายการข้อมูล	- จำนวนผู้ที่ได้รับการค้นหาวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) - จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราการค้นหาวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ที่ได้รับการค้นหาวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) B = จำนวนเป้าหมายผู้ที่ต้องได้รับการค้นหาวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยง อัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) คิดจากอัตรา ๑๕๐ ต่อประชากรแสนคน หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกไตรมาส ไตรมาสที่ ๑ และ ๒ ประเมินผล ขึ้นตอนที่ ๑, ๒ และ ๓ ไตรมาสที่ ๓ และ ๔ ประเมินผล ขึ้นตอนที่ ๔ และ ๕

ระยะเวลาการประเมินผล

อัตราการครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และการกลับเป็นซ้ำ

	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
อัตราการค้นหาวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ร้อยละ ๑๐๐**	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๑๐๐
อัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๙๐

ประเมินเฉพาะ ๓ กลุ่มเสี่ยงที่พบวัณโรคสูง ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน/สัมผัสใกล้ชิด, ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง และกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ หรือมี DM หรือมี COPD

วิธีการประเมินผล

เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

๑.อัตราการค้นหาวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) มากกว่าร้อยละ ๙๐ แยกเป็นระดับ CUP

๒.อัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) มากกว่าร้อยละ ๙๐ แยกเป็นระดับ CUP

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (๒๕๖-๒๕๖๕)

Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
อัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (Treatment Coverage)	ร้อยละ	๑๐๒.๑	๙๔.๔	*๗๕.๙

หมายเหตุ * ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๕

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวเอมวิกา แสงชาติ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทรศัพท์ ๐-๔๓๒๒-๑๑๒๕ ต่อ๑๒๔

โทรศัพท์มือถือ ๐๙-๘๒๐๙-๖๙๓๘

E-mail : s.emviga@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
เป้าประสงค์ที่ ๓	ระบบคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	๑๕. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ (GREEN & CLEAN Hospital Challenge)
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่ยกระดับพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป รพ.ชุมชน) โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ ในจังหวัดขอนแก่น ที่มีกิจกรรมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ ดังนี้
CLEAN	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ ข้อที่ ๑ - ๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐ % ขึ้นไป)
G : Garbage	๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
	๒. มีการจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	๓. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
	๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕
R : Rest room	๕. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก(OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
	๖. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. ๒๕๖๑ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
E : Energy	๗. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบัน และเป็นรูปธรรม เกิดประสิทธิภาพในการลดการใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
E : Environment	๘. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกร่มเย็นสอดคล้องกับชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
N : Nutrition	๙. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภัยสุขภาพ กิจกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
	๑๐. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
	๑๑. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
	๑๒. จัดให้มีน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

N : Nutrition	๑๓. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลปลอดภัย Food Safety Hospital)				
Innovation	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑ - ๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน ๙๐ % ขึ้นไป)				
	๑๔. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายในโรงพยาบาลและชุมชน				
Network	๑๕. สร้างเครือข่ายพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community				
	ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑ – ๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน ๑ ด้าน				
	๑. การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้น)				
	๒. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)				
	๓. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ				
	๔. การจัดการของเสียทางการแพทย์				
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับมาตรฐาน (Standard) ร้อยละ ๔๐ ระดับดีเยี่ยม (Excellent) ร้อยละ ๓๐ ระดับท้าทาย (Challenge) ร้อยละ ๒๐				
ปีงบประมาณ					
ระดับการผ่านเกณฑ์	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ระดับมาตรฐาน (Standard)	๑๐(๔๐%)	๑๓(๕๐%)	๑๖(๖๐%)	๒๑(๘๐%)	๒๖(๑๐๐%)
ระดับดีเยี่ยม (Excellent)	๘(๓๐%)	๑๐(๔๐%)	๑๓(๕๐%)	๑๖(๖๐%)	๒๑(๘๐%)
ระดับท้าทาย (Challenge)	๖(๒๐%)	๘(๓๐%)	๑๐(๔๐%)	๑๓(๕๐%)	๑๖(๖๐%)
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการในจังหวัดขอนแก่น มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge				
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการในจังหวัดขอนแก่น ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลการประเมินส่งรายงานให้ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น ๓. ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น สุ่มประเมิน และรวบรวมข้อมูลภาพเขตและรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย และ Cluster อนามัยสิ่งแวดล้อม				

แหล่งข้อมูล	๑. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ๒. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) ๓. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health) ๔. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล ๕. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล ๖. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล ๗. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน ๘. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการในจังหวัดขอนแก่นที่ดำเนินการ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการในจังหวัดขอนแก่นทั้งหมด				
ระยะเวลาประเมินผล	นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๒ รอบ				
วิธีการประเมินผล	๑. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนา ๒. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำ และรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ๓. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕)	Baseline Data รพ. ๓๐ แห่ง	หน่วยวัด	ผลงาน		
			ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
	ระดับพื้นฐาน	แห่ง/ร้อยละ	๓๐ (๑๐๐)	๓๐ (๑๐๐)	๓๐ (๑๐๐)
	ระดับดี	แห่ง/ร้อยละ	๓๐ (๑๐๐)	๓๐ (๑๐๐)	๓๐ (๑๐๐)
	ระดับดีมาก	แห่ง/ร้อยละ	๒๕ (๘๓)	๓๐ (๑๐๐)	๓๐ (๑๐๐)
	ระดับดีมาก Plus	แห่ง/ร้อยละ	๖ (๒๐)	๖ (๒๐)	๘ (๒๖)

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕ แยกเป็นรายอำเภอ	ลำดับ	โรงพยาบาล	ผลงาน ปี ๒๕๖๕
	๑	ขอนแก่น	ดีมาก Plus
	๒	สิรินธร จังหวัดขอนแก่น	ดีมาก Plus
	๓	ชุมแพ	ดีมาก Plus
	๔	พระยืน	ดีมาก Plus
	๕	น้ำพอง	ดีมาก Plus
	๖	หนองเรือ	ดีมาก Plus
	๗	สีชมพู	ดีมาก Plus
	๘	จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	ดีมาก Plus
	๙	บ้านฝาง	ดีมาก
	๑๐	มัญจาคีรี	ดีมาก
	๑๑	โคกโพธิ์ไชย	ดีมาก
	๑๒	กระนวน	ดีมาก
	๑๓	อุบลรัตน์	ดีมาก
	๑๔	เขาสวนกวาง	ดีมาก
	๑๕	ซำสูง	ดีมาก
	๑๖	บ้านไผ่	ดีมาก
	๑๗	ชนบท	ดีมาก
	๑๘	โนนศิลา	ดีมาก
	๑๙	พล	ดีมาก
	๒๐	เปือยน้อย	ดีมาก
	๒๑	แวงน้อย	ดีมาก
	๒๒	แวงใหญ่	ดีมาก
	๒๓	หนองสองห้อง	ดีมาก
	๒๔	ภูผาม่าน	ดีมาก
	๒๕	ภูเวียง	ดีมาก
	๒๖	เวียงเก่า	ดีมาก
	๒๗	หนองนาคำ	ดีมาก
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นายณัฐวุฒิ จันทะแสง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ ๐๔๓ ๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๕๖ โทรสาร ๐๔๓ ๒๒๔๐๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๖๔ ๙๘๓ ๙๕๖๒ E-mail: pro_tb@yahoo.com ๒. นางสาวนภัสวรรณ สนธินอก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ ๐๔๓ ๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๕๖ โทรสาร ๐๔๓ ๒๒๔๐๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๙๑ ๘๖๗ ๓๐๗๕ E-mail: aom.napass@gmail.com		

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน																				
เป้าประสงค์ที่ ๓	ระบบคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ																				
ชื่อตัวชี้วัด	๑๖.ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพตามเกณฑ์																				
คำนิยาม	ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ) ที่ได้รับการอนุญาตในปีงบประมาณ สถานประกอบการ หมายถึง สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ คลินิก ร้านขายยา สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และผู้ประกอบการรายย่อยในพื้นที่ ๑๓ เขตสุขภาพ ดังนี้ ๑. วิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการรายย่อยภายในชุมชนที่จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน หรือ เครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. ๒๕๔๘ ๒. วิสาหกิจรายย่อย ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ.๒๕๖๒ ๓. สถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย จนสามารถ ได้รับการอนุญาต																				
เกณฑ์เป้าหมาย	๑.ระดับจังหวัด (๒๖ อำเภอ) <table><tr><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๖</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๗</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๘</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๗๐</td></tr><tr><td>๘๐</td><td>๘๕</td><td>๙๐</td><td>๙๕</td><td>๑๐๐</td></tr></table> ๒.ระดับอำเภอ เกณฑ์เป้าหมายระดับอำเภอ <table><tr><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๖</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๗</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๘</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๗๐</td></tr><tr><td>๘๕</td><td>๙๐</td><td>๙๕</td><td>๑๐๐</td><td>๑๐๐</td></tr></table>	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	๑๐๐
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐																	
๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐																	
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐																	
๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	๑๐๐																	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการให้มีคุณภาพตามกฎหมายและเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้แก่ชุมชน อำเภอและระดับจังหวัด																				
กลุ่มเป้าหมาย	๒๖ อำเภอ																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมรายงาน คบส.รายงานประจำเดือน/รายไตรมาส																				
แหล่งข้อมูล	สาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระบบรายงาน คบส. ได้แก่ -รายงานการตรวจวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพ -รายงานผลการตรวจสถานประกอบการตามเกณฑ์/กฎหมาย -รายงานจำนวนผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาต																				
รายการข้อมูล	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละสถานประกอบการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ จำนวนผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการที่ได้รับการส่งเสริมและขึ้นทะเบียน																				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ (A/B)×๑๐๐ A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดที่ส่งตรวจสอบคุณภาพ ๒. ร้อยละสถานประกอบการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ (A/B)×๑๐๐ A = จำนวนสถานประกอบการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ B = จำนวนสถานประกอบการสุขภาพทั้งหมดที่ส่งตรวจสอบคุณภาพ ๓. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและขึ้นทะเบียน															
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส															
วิธีการประเมิน	ข้อมูลจากรายงานประจำเดือน/ไตรมาส															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓ -๒๕๖๕)	ผลการดำเนินงานอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมิน ๓ ปีซ้อนหลัง <table><tr><th>ผลงาน</th><th>ปี ๒๕๖๓</th><th>ปี ๒๕๖๔</th><th>ปี ๒๕๖๕</th><th>ปี ๒๕๖๖</th></tr><tr><td>เกณฑ์การประเมิน(ร้อยละ)</td><td>๘๐</td><td>๘๐</td><td>๘๕</td><td>๘๕</td></tr><tr><td>ผลงานอำเภอผ่านเกณฑ์</td><td>N/A</td><td>๖๙.๒๓ (๑๘ อำเภอ)</td><td>๗๓.๐๗ (๑๙ อำเภอ)</td><td>N/A</td></tr></table>	ผลงาน	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	เกณฑ์การประเมิน(ร้อยละ)	๘๐	๘๐	๘๕	๘๕	ผลงานอำเภอผ่านเกณฑ์	N/A	๖๙.๒๓ (๑๘ อำเภอ)	๗๓.๐๗ (๑๙ อำเภอ)	N/A
ผลงาน	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖												
เกณฑ์การประเมิน(ร้อยละ)	๘๐	๘๐	๘๕	๘๕												
ผลงานอำเภอผ่านเกณฑ์	N/A	๖๙.๒๓ (๑๘ อำเภอ)	๗๓.๐๗ (๑๙ อำเภอ)	N/A												
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑.นางศศิธร เอื้ออนันต์ เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๓๙๑๐๑๙๙ E-mail : sasitorneu@gmail.com ๒. นางสาวชญญรัตน์ นกคักดา เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙-๖๓๕๙๕๖๓ E-mail: chanyaratta@gmail.com															

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม				
เป้าประสงค์ที่ ๔	ระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ขึ้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน ระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ และไร้รอยต่อ				
ตัวชี้วัด	๑๗. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี				
ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑	๑๗. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี				
คำนิยาม	๑.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ด้วยรหัส E๑๐-E๑๔ และได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน โดยอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ Type Area ๑,๓ ๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA๑C หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA๑C ในรอบปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ๓. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ๓.๑ ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีโรคร่วม มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑C ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ ๗ หรือ ๓.๒ ผู้ป่วยเบาหวาน มีโรคร่วม มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑C ครั้งสุดท้าย < ร้อยละ ๘ หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ มีโรคร่วม ได้แก่ ๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจขาดเลือด I๒๐-I๒๕ ๒. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจล้มเหลว I๕๐ ๓. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหลอดเลือดสมอง I๖๐-I๖๙ ๔. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ ๔-๕ N๑๘.๔-N๑๘.๕ ๕. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคลมชัก และโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G๔๐-G๔๑				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๔๐				
	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	ร้อยละ ≥๔๐	ร้อยละ ≥๔๐	ร้อยละ ≥๔๐	ร้อยละ ≥๔๐	ร้อยละ ≥๔๐
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางระบบต่างๆ เช่น ตา ไต ระบบประสาทส่วนปลาย ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด				
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งหมด Type Area ๑ , ๓				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด			
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน			
วิธีการประเมินผล	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข คิดจาก ๔๓ แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ) A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย E๑๐ – E๑๔ ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“๑”, “๓”) ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “๙” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “๐๙๙” (สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA๑c (LABFU.LABTEST = “๐๕๓๑๖๐๑”) ระดับ HbA๑c ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT – HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม – HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย E๑๐ – E๑๔ ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“๑”, “๓”) ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON.DISCHARGE=“๙” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“๐๙๙” (สัญชาติไทย)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			๒๕๖๓	๒๕๖๔
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	๒๐.๖๔	๒๓.๙๔
			๒๔.๔๖ (HDC ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๕)	

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน (Baseline Data) ผลการ ดำเนินงานปี ๒๕๖๕ แยกเป็นรายอำเภอ	อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย (B)	ควบคุมได้ดี (A)	ร้อยละควบคุม ได้ดี(A*๑๐๐)/B	
	เมืองขอนแก่น	๒๕,๗๗๗	๔,๗๖๑	๑๘.๔๗	
	บ้านฝาง	๔,๐๑๑	๙๐๗	๒๒.๖๑	
	พระยืน	๒,๔๒๗	๖๓๑	๒๖	
	หนองเรือ	๖,๔๕๓	๑,๘๔๒	๒๘.๕๔	
	ชุมแพ	๘,๕๓๕	๒,๙๖๐	๓๔.๖๘	
	สีชมพู	๔,๖๑๓	๑,๓๘๑	๒๙.๙๔	
	น้ำพอง	๗,๗๐๖	๒,๓๘๗	๓๐.๙๘	
	อุบลรัตน์	๒,๕๔๕	๔๘๔	๑๙.๐๒	
	กระนวน	๕,๗๑๑	๒,๔๑๖	๔๒.๓	
	บ้านไผ่	๖,๖๕๒	๑,๔๓๙	๒๑.๖๓	
	เปือยน้อย	๑,๔๑๙	๑๕๗	๑๑.๐๖	
	พล	๖,๑๓๒	๙๒๑	๑๕.๐๒	
	แวงใหญ่	๒,๔๕๔	๕๘๔	๒๓.๘	
	แวงน้อย	๒,๖๕๓	๗๘๕	๒๙.๕๙	
	หนองสองห้อง	๔,๖๐๐	๙๔๑	๒๐.๔๖	
	ภูเวียง	๔,๕๙๖	๗๒๐	๑๕.๖๗	
	มัญจาคีรี	๔,๘๖๗	๑,๓๒๕	๒๗.๒๒	
	ชนบท	๓,๘๐๑	๕๕๕	๑๔.๖	
	เขาสวนกวาง	๒,๓๔๖	๔๘๑	๒๐.๕	
	ภูผาม่าน	๑,๔๙๘	๓๙๔	๒๖.๓	
	ซำสูง	๑,๘๔๐	๔๙๒	๒๖.๗๔	
	โคกโพธิ์ไชย	๒,๒๔๑	๕๓๔	๒๓.๘๓	
	หนองนาคำ	๑,๖๑๕	๕๐๐	๓๐.๙๖	
	บ้านแฮด	๒,๒๐๖	๖๘๙	๓๑.๒๓	
	โนนศิลา	๒,๐๑๐	๖๒๗	๓๑.๑๙	
	เวียงเก่า	๑,๔๐๖	๔๖๕	๓๓.๐๗	
	รวม	๑๒๐,๑๑๔	๒๙,๓๗๘	๒๔.๔๖	

ตัวชี้วัดย่อยที่ ๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี				
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง รหัส ๑๐-๑๕ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < ๑๔๐/๙๐ mmHg ในช่วงปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๖๐				
	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	ร้อยละ ≥๖๐	ร้อยละ ≥๖๐	ร้อยละ ≥๖๐	ร้อยละ ≥๖๐	ร้อยละ ≥๖๐
วัตถุประสงค์	เพื่อควบคุมและลดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคอัมพาต				
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด Type area ๑ , ๓				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ A : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < ๑๔๐/๙๐ mmHg ในช่วงปีงบประมาณ B : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ				
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน				
วิธีการประเมินผล	คิดจาก ๔๓ แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ) A : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย ๑๐ – ๑๕ ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“๑” , “๓”) ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และอยู่จริง) , ๓ (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCARGE = “๙” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION= “๐๙๙” (สัญชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN ๕๐ and ๑๓๙ mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN ๕๐ and ๘๙ mmHg) B : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย ๑๐ – ๑๕ (สัญชาติไทย) ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“๑” , “๓”)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๖๑.๘๒	๖๒.๕๔	๕๘.๐๐ (HDC ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๕)

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕ แยกเป็นรายอำเภอ	อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย (B)	ควบคุมความดันได้ดี ครั้งสุดท้าย (A)	ร้อยละควบคุม ได้ดี(A*๑๐๐)/B
	เมืองขอนแก่น	๔๔,๗๓๓	๒๐,๙๗๕	๔๖.๘๙
	บ้านฝาง	๖,๑๙๙	๓,๗๘๖	๖๑.๐๗
	พระยืน	๔,๕๐๖	๒,๕๘๑	๕๗.๒๘
	หนองเรือ	๑๑,๗๖๖	๘,๓๙๕	๗๑.๓๕
	ชุมแพ	๑๔,๓๙๘	๘,๖๓๔	๕๙.๙๗
	สีชมพู	๗,๕๕๓	๔,๘๓๖	๖๔.๐๓
	น้ำพอง	๑๒,๔๑๐	๗,๗๒๙	๖๒.๒๘
	อุบลรัตน์	๔,๙๘๑	๓,๑๕๒	๖๓.๒๘
	กระนวน	๘,๔๙๔	๕,๒๒๖	๖๑.๕๓
	บ้านไผ่	๑๑,๐๓๔	๕,๑๗๑	๔๖.๘๖
	เปือยน้อย	๒,๒๔๓	๑,๑๔๒	๕๐.๙๑
	พล	๙,๕๕๐	๕,๙๕๗	๖๒.๔๔
	แวงใหญ่	๓,๖๒๐	๒,๓๘๗	๖๕.๙๔
	แวงน้อย	๔,๔๕๗	๓,๐๗๙	๖๙.๐๘
	หนองสองห้อง	๖,๘๓๔	๔,๓๕๙	๖๓.๗๘
	ภูเวียง	๘,๐๙๘	๔,๔๗๕	๕๕.๒๖
	มัญจาคีรี	๗,๙๔๐	๕,๒๔๓	๖๖.๐๓
	ชนบท	๕,๓๕๙	๓,๐๙๙	๕๗.๘๓
	เขาสวนกวาง	๔,๑๖๐	๒,๕๐๗	๖๐.๒๖
	ภูผาม่าน	๒,๗๗๑	๑,๙๒๐	๖๙.๒๙
	ซำสูง	๒,๘๓๔	๑,๒๙๓	๔๕.๖๒
	โคกโพธิ์ไชย	๒,๖๖๖	๑,๙๑๕	๗๑.๘๓
	หนองนาคำ	๒,๔๔๙	๑,๗๕๔	๗๑.๖๒
	บ้านแฮด	๓,๑๖๐	๒,๑๐๔	๖๖.๕๘
	โนนศิลา	๓,๑๒๘	๑,๘๘๓	๖๐.๒
	เวียงเก่า	๒,๓๕๐	๑,๐๖๐	๔๕.๑๑
	รวม	๑๙๗,๖๘๓	๑๑๔,๖๖๒	๕๘
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางแสงเดือน โสภา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๓ - ๒๒๑๑๕๒ , ๒๒๑๗๕๐ ต่อ ๑๕๐ โทรสาร ๐๔๓ - ๒๒๔๐๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑ ๓๘๐๓๒๑๙ E-mail : sangdern.sopa@gmail.com			

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการ ทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม				
เป้าประสงค์ที่ ๔	ระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุตียภูมิ และตติยภูมิ ชั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน ระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ และไร้รอยต่อ				
ชื่อตัวชี้วัด	๑๘. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง				
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง(CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้ ๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน ๓ เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตรากรองของไต (Glomerular Filtration Rate, GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ ๒. ผู้ป่วยที่มี GFR นอยกว่า ๖๐ mL/min/๑.๗๓ m๒ ติดต่อกันเกิน ๓ เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบ หรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๘๐				
	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนต่อระบบไต ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะทำให้สามารถดูแลรักษาควบคุมปัจจัยเสี่ยง ชะลอการดำเนินโรค เพื่อป้องกันความรุนแรง ลดภาระระบบบริการค่าใช้จ่าย และการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น				
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด Type area ๑ , ๓				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐ A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด				
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน				
วิธีการประเมินผล	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะถือว่าได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ก็ต่อเมื่อ ๑. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการตรวจ serum creatinine อย่างน้อย ๑ ครั้ง ในงบประมาณ ๒๕๖๕ ๒. ผู้ป่วยเบาหวาน ต้องได้รับการตรวจทั้ง urine protein และ serum Creatinine อย่างน้อย ๑ ครั้งในงบประมาณ ๒๕๖๕ การตรวจ Urine Protein อาจตรวจด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ คือ ๑.Urine Albumin-to-Creatinine Ratio (ACR) รหัส ๐๔๔๐๒๐๖ ๒.Urine Protein-to-Creatinine Ratio (UPCR) รหัส ๐๔๔๐๒๐๕ ๓.Microalbuminuria รหัส ๐๔๔๐๒๐๔ ๔.Macroalbuminuria รหัส ๐๔๔๐๒๐๓				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการ ดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕)	Baseline Data		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบงบประมาณ พ.ศ.			
				๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	
	ร้อยละผู้ป่วย DM และ HT ได้รับคัดกรองโรค ไตเรื้อรัง		ร้อยละ	๕๕.๖๓	๖๐.๒๒	๕๙.๙๓ (HDC ๓๐ ก.ย. ๖๕)	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการ ดำเนินงานปี ๒๕๖๕ แยกเป็นรายอำเภอ	อำเภอ	B		A		ร้อยละ	
	เมืองขอนแก่น	๓๘,๘๘๓		๑๖,๒๓๔		๔๑.๗๕	
	บ้านฝาง	๕,๒๙๑		๒,๗๖๖		๕๒.๒๘	
	พระยืน	๓,๒๔๑		๑,๙๖๘		๖๐.๗๒	
	หนองเรือ	๑๐,๑๗๔		๘,๖๗๙		๘๕.๓๑	
	ชุมแพ	๑๑,๐๗๗		๘,๑๐๔		๗๓.๑๖	
	สีชมพู	๕,๕๕๕		๓,๗๘๒		๖๘.๐๘	
	น้ำพอง	๑๐,๙๗๔		๗,๔๗๙		๖๘.๑๕	
	อุบลรัตน์	๓,๐๖๔		๒,๐๓๕		๖๖.๔๒	
	กระนวน	๖,๐๙๒		๔,๒๙๗		๗๐.๕๔	
	บ้านไผ่	๑๐,๑๒๔		๔,๙๐๘		๔๘.๔๘	
	เปือยน้อย	๑,๕๔๖		๙๑๗		๕๙.๓๑	
	พล	๘,๓๙๓		๕,๑๖๑		๖๑.๔๙	
	แก้งใหญ่	๓,๔๐๖		๒,๒๗๓		๖๖.๗๔	
	แก้งน้อย	๓,๔๕๘		๒,๗๙๕		๘๐.๘๓	
	หนองสองห้อง	๖,๓๒๖		๔,๑๘๕		๖๖.๑๖	
	ภูเวียง	๖,๖๗๘		๓,๗๙๐		๕๖.๗๕	
	มัญจาคีรี	๕,๗๒๗		๓,๙๘๖		๖๙.๖	
	ชนบท	๔,๔๒๑		๑,๘๒๓		๔๑.๒๔	
	เขาสวนกวาง	๒,๗๑๑		๑,๕๘๖		๕๘.๕	
	ภูผาม่าน	๒,๐๑๒		๑,๓๙๕		๖๙.๓๓	
	ซำสูง	๒,๔๕๖		๑,๔๔๕		๕๘.๘๔	
	โคกโพธิ์ไชย	๒,๐๗๘		๑,๔๔๐		๖๙.๓	
	หนองนาคำ	๒,๐๓๐		๑,๓๗๖		๖๗.๗๘	
	บ้านแฮด	๒,๙๖๖		๒,๒๓๔		๗๕.๓๒	
	โนนศิลา	๒,๘๐๖		๑,๙๙๒		๗๐.๙๙	
	เวียงเก่า	๒,๑๑๐		๑,๓๙๒		๖๕.๙๗	
	รวม	๑๖๓,๕๙๙		๙๘,๐๔๒		๕๙.๙๓	
	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางแสงเดือน โสกา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๓ - ๒๒๑๑๕๒ , ๒๒๑๓๕๐ ต่อ ๑๕๐ โทรสาร ๐๔๓ - ๒๒๔๐๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑ ๓๘๐๓๒๑๙ E-mail : sangdern.sopa@gmail.com					

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมีประสิทธิภาพประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม				
เป้าประสงค์ที่ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ				
ตัวชี้วัดกระทรวง	๓๓. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m ² /yr				
ชื่อตัวชี้วัด	๑๙. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m ² /yr				
คำนิยาม	๑. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้ ๑.๑ ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน ๓ เดือนทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate : GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ ๑.๒ ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า ๖๐ ml / min / ๑.๗๓ m² ติดต่อกันเกิน ๓ เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติ ๒. eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinineของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)จะเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ ๓-๔ เท่านั้น ๓. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ หมายถึงผู้ป่วยจากแฟ้มDIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N๑๘๑', 'N๑๘๒', 'N๑๘๓', 'N๑๘๔', 'N๑๘๕', 'E๑๐๒', 'E๑๑๒', 'E๑๒๒', 'E๑๓๒', 'E๑๔๒', 'N๑๘๓', 'I๑๒๐', 'I๑๒๕', 'I๑๓๐', 'I๑๓๑', 'I๑๓๒', 'I๑๓๕', 'I๑๔๑', 'N๑๒๑', 'N๑๒๒', 'N๑๒๓', 'N๑๒๔', 'N๑๒๕', 'N๑๒๖', 'N๑๒๗', 'N๑๒๘', 'N๑๒๙', 'N๑๓๑', 'N๑๓๒', 'N๑๓๓', 'N๑๓๔', 'N๑๓๕', 'N๑๓๖', 'N๑๓๗', 'N๑๓๘', 'N๑๓๙', 'N๑๔๑', 'N๑๔๒', 'N๑๔๓', 'N๑๔๔', 'N๑๔๕', 'N๑๔๖', 'N๑๔๗', 'N๑๔๘', 'N๑๔๙', 'N๑๕๑', 'N๑๕๒', 'N๑๕๓', 'N๑๕๔', 'N๑๕๕', 'N๑๕๖', 'N๑๕๗', 'N๑๕๘', 'N๑๕๙', 'N๑๖๑', 'N๑๖๒', 'N๑๖๓', 'N๑๖๔', 'N๑๖๕', 'N๑๖๖', 'N๑๖๗', 'N๑๖๘', 'N๑๖๙', 'N๑๗๑', 'N๑๗๒', 'N๑๗๓', 'N๑๗๔', 'N๑๗๕', 'N๑๗๖', 'N๑๗๗', 'N๑๗๘', 'N๑๗๙', 'N๑๘๑', 'N๑๘๒', 'N๑๘๓', 'N๑๘๔', 'N๑๘๕', 'N๑๘๖', 'N๑๘๗', 'N๑๘๘', 'N๑๘๙', 'N๑๙๑', 'N๑๙๒', 'N๑๙๓', 'N๑๙๔', 'N๑๙๕', 'N๑๙๖', 'N๑๙๗', 'N๑๙๘', 'N๑๙๙', 'Q๖๑๐', 'Q๖๑๑', 'Q๖๑๒', 'Q๖๑๓', 'Q๖๑๔', 'Q๖๑๕', 'Q๖๑๖', 'Q๖๑๗', 'Q๖๑๘', 'Q๖๑๙' ที่มี eGFR มี ๖๐ > eGFR ≥ ๑๕				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๖๖				
	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	ร้อยละ ≥ ๖๖	ร้อยละ ≥ ๖๖	ร้อยละ ≥ ๖๖	ร้อยละ ≥ ๖๖	ร้อยละ ≥ ๖๖

วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในหน่วยบริการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการทำงานของหลายมาตรการรวมกัน	
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย CKD ระยะ ๓-๔ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสัญญาติไทย (File PERSON : สัญชาติไทยรหัส ๐๙๙) และมีผลการตรวจ creatinine หรือ ผล eGFR≥๒ ค่าในช่วงเวลาที่กำหนด	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ผู้จัดเก็บข้อมูล : NCD/CKD Data Center ของ CUP	
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับใน CUP HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × ๑๐๐ A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อ่อนหลัง ๑ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๕ B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อ่อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ หมายเหตุ : ๑. การคำนวณ Stage คำนวณเมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้เปรียบเทียบกับค่า GFR ย่อนหลัง ๑ ปีงบประมาณและการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน ๒. วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression (y = mx+b) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร $m = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2} \times 365$ เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = ค่าของ eGFR ณ วันที่ตรวจ	
ระยะเวลาประเมินผล	เริ่ม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-รอบการนิเทศที่กำหนด	
วิธีการประเมินผล	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕)		
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
ร้อยละ ๖๑.๐๑	ร้อยละ ๖๒.๗๘	ร้อยละ ๖๕.๑๑

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๕ แยกรายอำเภอ

หน่วยบริการ	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ
A : โรงพยาบาลขอนแก่น	๑,๙๙๓	๑,๒๖๐	๖๓.๒๒
M๑ : โรงพยาบาลชุมแพ	๒,๘๗๗	๑,๘๘๕	๖๕.๕๒
M๑ : โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	๔๕๓	๒๘๒	๖๒.๒๕
M๒ : โรงพยาบาลน้ำพอง	๑,๑๙๔	๗๑๙	๖๐.๒๒
M๒ : โรงพยาบาลบ้านไผ่	๘๕๓	๔๙๐	๕๗.๔๔
M๒ : โรงพยาบาลพล	๘๙๑	๖๑๖	๖๙.๑๔
M๒ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน	๑,๕๔๔	๑,๐๘๕	๗๐.๒๗
F๑ : โรงพยาบาลหนองเรือ	๑,๔๗๑	๙๐๓	๖๑.๓๙
F๑ : โรงพยาบาลหนองสองห้อง	๘๔๑	๕๖๒	๖๖.๘๓
F๑ : โรงพยาบาลภูเวียง	๕๓๙	๓๕๔	๖๕.๖๘
F๑ : โรงพยาบาลมัญจาคีรี	๑,๔๑๓	๑,๐๗๐	๗๕.๗๓
F๒ : โรงพยาบาลบ้านฝาง	๘๖๖	๖๐๕	๖๙.๘๖
F๒ : โรงพยาบาลพระยืน	๗๐๐	๓๒๑	๔๕.๘๖
F๒ : โรงพยาบาลสีชมพู	๗๙๓	๔๙๔	๖๒.๓๐
F๒ : โรงพยาบาลอุบลรัตน์	๓๙๓	๓๒๑	๘๑.๖๘
F๒ : โรงพยาบาลเปือยน้อย	๒๓๗	๑๖๕	๖๙.๖๒
F๒ : โรงพยาบาลแวงใหญ่	๗๕	๕๓	๗๐.๖๗
F๒ : โรงพยาบาลแวงน้อย	๗๖๓	๕๑๓	๖๗.๒๓
F๒ : โรงพยาบาลชนบท	๖๑๕	๓๕๒	๕๗.๒๔
F๒ : โรงพยาบาลเขาสวนกวาง	๕๗๕	๓๖๐	๖๒.๖๑
F๒ : โรงพยาบาลภูผาม่าน	๔๔๗	๒๙๕	๖๖.๐๐
F๒ : โรงพยาบาลข้าสูง	๑๙๘	๑๓๘	๖๙.๗๐
F๓ : โรงพยาบาลหนองนาคำ	๓๙๔	๒๕๓	๖๔.๒๑
F๓ : โรงพยาบาลเวียงเก่า	๑๙๙	๑๒๔	๖๒.๓๑
F๓ : โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย	๕๗๑	๓๗๙	๖๖.๓๗
F๓ : โรงพยาบาลโนนศิลา	๒๙๘	๑๙๙	๖๖.๗๘
รวม	๒๑,๑๙๓	๑๓,๗๙๘	๖๕.๑๑

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางยุภาพร ดีแป้น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๕๐ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๐-๔๖๒๐๑๖๐
โทรสาร ๐๔๓-๒๒๔๐๓๗ E-mail : smallbody@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
เป้าประสงค์ที่ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
ตัวชี้วัดกระทรวง	๔๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ (ทั้งที่ ERและ Admit) ๔๒. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๔๓. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury mortality)
ชื่อตัวชี้วัด	๒๐. ระดับความสำเร็จการดำเนินการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)
คำนิยาม	“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑ “การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉินแบบประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital - Based Emergency Care System : ECS) โดยใช้แบบประเมิน ECS คุณภาพ ฉบับปรับปรุง ณ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๙ ประกอบด้วย ๒ มิติ ๑๒ องค์ประกอบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และนำไปสู่การพัฒนา ECS คุณภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level ๑) รวมTraumaและ Non-Trauma ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๖ ๒. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level ๑) Trauma ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๒๔ ๓. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level ๑) Non-Trauma ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๔
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดขอนแก่น
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ข้อมูล ๑.๑ แบบรายงานตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนด โดยโรงพยาบาลทุกแห่ง รวบรวมและบันทึกข้อมูล (บันทึกข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลือก “Data Center” เลือก “@Emergency EMS”) ๑.๒ สาเหตุการเสียชีวิตตาม ICD-๑๐ ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง โดยบันทึกข้อมูล ผ่านเว็บไซต์ฯ งานอุบัติเหตุและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป

	๒. ผลการประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital - Based Emergency Care System : ECS) ๓. แผน/โครงการ/แนวทางการพัฒนาส่วนขาดตามผลการประเมิน ECS ๔. ผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาส่วนขาด ECS
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลตามแบบรายงานตัวชีวิตที่จังหวัดกำหนด (เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น @Emergency EMS)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑: (TraumaและNon-Trauma) A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (Triage level ๑) (TraumaและNon-Trauma) B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ทั้งหมด (TraumaและNon-Trauma) สูตรคำนวณ : $(A/B) \times 100$ สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒ : (Trauma) A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (Triage level ๑) (Trauma) B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ทั้งหมด (Trauma) สูตรคำนวณ : $(A/B) \times 100$
	สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๓ : (Non-Trauma) A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (Triage level ๑) (Non-Trauma) B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ทั้งหมด (Non-Trauma) สูตรคำนวณ : $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

เกณฑ์การประเมิน/ เกณฑ์การให้คะแนน	ประเมินระดับความสำเร็จ กำหนด ๔ กิจกรรม ดังนี้		
	กิจกรรมที่	รายละเอียด	
	๑	รวบรวมและบันทึกข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ และข้อมูลตัวชี้วัดรองที่ เกี่ยวข้องผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น $\geq$ ร้อยละ ๗๐	
	๒	ประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital - Based Emergency Care System : ECS) และวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑ (ส่งทันภายในเวลาที่กำหนด)	
	๓	วางแผน/โครงการ/แนวทางการพัฒนาส่วนขาดตามผลการประเมิน ECS และแผนแก้ไขปัญหามการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Triage level ๑ (ส่งทันภายในเวลาที่กำหนด)	
	๔	ดำเนินการตามแผนงานในข้อ ๓ และสรุปผลการดำเนินงาน (ส่งตามช่วงเวลาที่กำหนด)	
วิธีการประเมินผล	รายละเอียดกิจกรรม		ระดับความสำเร็จ/ คะแนน
	๑. ดำเนินการตามกิจกรรมในข้อ ๑ ดังนี้		
	๑.๑ บันทึกข้อมูลและส่งรายงานการวิเคราะห์สาเหตุผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ทันเวลา < ร้อยละ ๗๐		๐
	๑.๒ บันทึกข้อมูลและส่งรายงานการวิเคราะห์สาเหตุผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ทันเวลา $\geq$ ร้อยละ ๗๐		๑
	๒. ดำเนินการตามกิจกรรมในข้อ ๑-๒		๒
	๓. ดำเนินการตามกิจกรรมในข้อ ๑-๓		๓
	๔. ดำเนินการตามกิจกรรมในข้อ ๑-๔ และมีผลลัพธ์ “ไม่ผ่านเกณฑ์” คืออัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง (รวมTraumaและNon-Trauma) $\geq$ ร้อยละ ๖		๔

วิธีการประเมินผล (ต่อ)	รายละเอียดกิจกรรม		ระดับความสำเร็จ/ คะแนน		
	๕. ดำเนินการตามกิจกรรมในข้อ ๑-๔ คะแนน และมี ผลลัพธ์ “ผ่านเกณฑ์” คือ ๕.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง (Trauma) ≤ ร้อยละ ๒๔ หรืออัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง (Non-Trauma) ≤ ร้อยละ ๔ (อย่างใดอย่างหนึ่ง) ๕.๒ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง (Trauma) ≤ ร้อยละ ๒๔ และอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง (Non-Trauma) ≤ ร้อยละ ๔ (ผ่านทั้งสองอย่าง)		๔.๕ <		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕ แยกเป็นรายอำเภอ (ต่อ)	<table> <tr> <th>CUP</th><th>ระดับความสำเร็จ เป้าหมาย ระดับ๕ (๕คะแนน)</th></tr> <tr><td>อุบลรัตน์</td><td>๔</td></tr> <tr><td>บ้านไผ่</td><td>๕</td></tr> <tr><td>เปือยน้อย</td><td>๔</td></tr> <tr><td>พล</td><td>๕</td></tr> <tr><td>เวียงใหญ่</td><td>๕</td></tr> <tr><td>เวียงน้อย</td><td>๕</td></tr> <tr><td>หนองสองห้อง</td><td>๔</td></tr> <tr><td>ภูเวียง</td><td>๔</td></tr> <tr><td>มัญจาคีรี</td><td>๔</td></tr> <tr><td>ชนบท</td><td>๔</td></tr> <tr><td>เขาสวนกวาง</td><td>๔</td></tr> <tr><td>ภูผาม่าน</td><td>๕</td></tr> <tr><td>กระนวน</td><td>๔.๕</td></tr> <tr><td>บ้านแฮด</td><td>๕</td></tr> <tr><td>ซำสูง</td><td>๕</td></tr> <tr><td>หนองนาคำ</td><td>๔</td></tr> <tr><td>เวียงเก่า</td><td>๔.๕</td></tr> <tr><td>โคกโพธิ์ไชย</td><td>๕</td></tr> <tr><td>โนนศิลา</td><td>๔.๕</td></tr> </table> ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ๑. นางทองสุข ดาราษฎร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ โทรสาร : ๐-๔๓๒๗-๑๒๗๑ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘-๓๑๔๕-๖๓๘๘ E-mail : Napatanes@gmail.com ๒. นางวราภรณ์ ชูคันหอม โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐-๔๓๒๗-๑๒๗๑ โทรสาร : ๐-๔๓๒๗-๑๒๗๑ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘-๑๕๔๔-๔๗๔๒ E-mail : epidkk_ncd@yahoo.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	CUP	ระดับความสำเร็จ เป้าหมาย ระดับ๕ (๕คะแนน)	อุบลรัตน์	๔	บ้านไผ่	๕	เปือยน้อย	๔	พล	๕	เวียงใหญ่	๕	เวียงน้อย	๕	หนองสองห้อง	๔	ภูเวียง	๔	มัญจาคีรี	๔	ชนบท	๔	เขาสวนกวาง	๔	ภูผาม่าน	๕	กระนวน	๔.๕	บ้านแฮด	๕	ซำสูง	๕	หนองนาคำ	๔	เวียงเก่า	๔.๕	โคกโพธิ์ไชย	๕	โนนศิลา	๔.๕
CUP	ระดับความสำเร็จ เป้าหมาย ระดับ๕ (๕คะแนน)																																								
อุบลรัตน์	๔																																								
บ้านไผ่	๕																																								
เปือยน้อย	๔																																								
พล	๕																																								
เวียงใหญ่	๕																																								
เวียงน้อย	๕																																								
หนองสองห้อง	๔																																								
ภูเวียง	๔																																								
มัญจาคีรี	๔																																								
ชนบท	๔																																								
เขาสวนกวาง	๔																																								
ภูผาม่าน	๕																																								
กระนวน	๔.๕																																								
บ้านแฮด	๕																																								
ซำสูง	๕																																								
หนองนาคำ	๔																																								
เวียงเก่า	๔.๕																																								
โคกโพธิ์ไชย	๕																																								
โนนศิลา	๔.๕																																								

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม				
เป้าประสงค์ที่ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ				
ชื่อตัวชี้วัด	๒๑. ร้อยละความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (Success Rate)				
คำนิยาม	๑. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ ๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย หนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา ๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ ๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ ๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง ๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค ๓. การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๒
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ ๒. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข				
กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ				

	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุขไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน															
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายป่วยวัณโรคแห่งชาติ (โปรแกรม NTIP online)															
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายป่วยวัณโรคแห่งชาติ (NTIP online)															
รายการข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม-๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม - ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๕) คำนวณจาก สูตรคำนวณ = (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม - ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๕) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม - ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๕)															
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกไตรมาส ขั้นตอนที่ ๑, ๒ และ ๓ ประเมินผล ไตรมาส ๑ และ ๒ ขั้นตอนที่ ๔ และ ๕ ประเมินผล ไตรมาสที่ ๓ และ ๔															
วิธีการประเมิน	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (ไตรมาสที่ ๑/๒๕๖๖) มากกว่า ร้อยละ ๘๘ แยกเป็นระดับ CUP															
เกณฑ์การประเมินผล	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ <table><tr><td></td><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ร้อยละ ๘๘</td></tr></table>		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	-	-	-	ร้อยละ ๘๘					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน												
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	-	-	-	ร้อยละ ๘๘												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (๒๕๖๓-๒๕๖๕)	<table><tr><td>Baseline Data</td><td>หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td></td><td></td><td>๒๕๖๓</td><td>๒๕๖๔</td><td>๒๕๖๕</td></tr><tr><td>ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**</td><td>ร้อยละ</td><td>๘๖.๓๙</td><td>๗๘.๔๒</td><td></td></tr></table> หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของแต่ละปีงบประมาณ	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ	๘๖.๓๙	๗๘.๔๒	
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕												
ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ	๘๖.๓๙	๗๘.๔๒													
วิธีรายงาน	๑. รายงานตามแบบฟอร์มแนบท้าย ๒. รายงานจากโปรแกรม NTIP Online															

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวเอมวิกา แสงชาติ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ ๐-๔๓๒๒-๑๑๒๕ ต่อ๑๒๔ โทรสาร ๐-๔๓๒๒-๔๐๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๙-๘๒๐๙-๖๙๓๘ E-mail : s.emviga@gmail.com
-----------------------	---

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม																																				
เป้าประสงค์ที่ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบ ส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ																																				
ชื่อตัวชี้วัด	๒๒. ระดับความร่วมมือในการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมต่างสังกัด																																				
คำนิยาม	ความร่วมมือในการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมต่างสังกัด หมายถึงความร่วมมือในการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น																																				
เกณฑ์เป้าหมาย	-ระดับความสำเร็จของการประสานงานจัดบริการปฐมภูมิร่วมในองค์กรต่างสังกัด ผ่านเกณฑ์ ไม่ต่ำกว่าระดับ ๕ -เกณฑ์ผลลัพธ์กำหนดเป้าหมาย ๕ ปี ดังนี้ ๑) การจัดตั้ง PCU และ NPCU ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ <table><tr><td>Baseline</td><td>ปี ๒๕๖๖</td><td>๒๕๖๗</td><td>๒๕๖๘</td><td>๒๕๖๙</td><td>๒๕๗๐</td></tr><tr><td>๖๔.๓๓%</td><td>๗๕</td><td>๘๐</td><td>๘๕</td><td>๙๐</td><td>๙๕</td></tr></table> ๒.ร้อยละของ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์จำนวนครั้งการรับบริการระหว่าง รพ.สต.ลูกข่ายกับรพ.แม่ ข่าย ๖๐:๔๐ <table><tr><td>Baseline</td><td>ปี ๒๕๖๖</td><td>๒๕๖๗</td><td>๒๕๖๘</td><td>๒๕๖๙</td><td>๒๕๗๐</td></tr><tr><td>๔๔%</td><td>๕๐</td><td>๖๐</td><td>๗๐</td><td>๘๐</td><td>๙๐</td></tr></table> ๓.ร้อยละของ หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒๕๖๒ ทุกสังกัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ <table><tr><td>Baseline</td><td>๒๕๖๖</td><td>๒๕๖๗</td><td>๒๕๖๘</td><td>๒๕๖๙</td><td>๒๕๗๐</td></tr><tr><td>N/A%</td><td>-</td><td>มีพื้นที่ นาร่อง</td><td>๓๐</td><td>๔๐</td><td>๕๐</td></tr></table>	Baseline	ปี ๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๖๔.๓๓%	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	Baseline	ปี ๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๔๔%	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	Baseline	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	N/A%	-	มีพื้นที่ นาร่อง	๓๐	๔๐	๕๐
Baseline	ปี ๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐																																
๖๔.๓๓%	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕																																
Baseline	ปี ๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐																																
๔๔%	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐																																
Baseline	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐																																
N/A%	-	มีพื้นที่ นาร่อง	๓๐	๔๐	๕๐																																
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานต่างสังกัดมีการประสานงานในการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ																																				
กลุ่มเป้าหมาย	สสจ.ขอนแก่น, อบจ.ขอนแก่น, กสพ., หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด																																				
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ระดับ ๑ การประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการจัดบริการปฐมภูมิร่วมที่ครอบคลุม ๔ มิติ ประกอบด้วย ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภค ผ่านการจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระดับ ๒ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับพื้นที่ร่วมกัน โดยกลไก กสพ.และนำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับพื้นที่ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ระดับ ๓ มีแผนการบริหารจัดการทรัพยากร คน เงิน ของ ข้อมูลในระดับปฐมภูมิร่วมกัน ระดับ ๔ ผลลัพธ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิร่วม ลดแออัด ลดรอคอย ระดับ ๕ มีการกำกับติดตามการดำเนินงานตาม KPI ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับพื้นที่ร่วมกัน																																				

แหล่งข้อมูล	๑.บันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่าง สสจ.ขอนแก่น และ อบจ.ขอนแก่น ๒.แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ๓.แผนการบริหารจัดการทรัพยากร คน เงิน ของ ข้อมูล ๔.ผลลัพธ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิร่วม ลดแออัด ลดรอคอย ๔.๑ ฐานข้อมูล http://pcc.moph.go.th/pcc/dashboard/ (การจัดตั้ง PCU / NPCU) ๔.๒ ฐานข้อมูล https://eacc.moph.go.th/opvisit๖๐๔๐/opppi_visit๖๐๔๐.php (OP Visit) ๔.๓ ฐานข้อมูล http://gishealth.moph.go.th/pcu/ (หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพ : รพ.สต.ติดดาว) ๕.สรุปการประเมินผลการดำเนินงานตาม KPI ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับพื้นที่
รายการข้อมูล	ผลลัพธ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิที่สำคัญ ๓ ประเด็น ได้แก่ ๑) การจัดตั้ง PCU และ NPCU ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ A๑ = จำนวน PCU และ NPCU ที่ขึ้นทะเบียนจัดตั้งฯ B๑ = จำนวน PCU และ NPCU เป้าหมายตามแผนการจัดตั้งฯ ๒) รพ.สต.ผ่านเกณฑ์จำนวนครั้งการรับบริการระหว่าง รพ.สต.ลูกข่ายกับ รพ.แม่ข่าย A๒ = จำนวนครั้งการรับบริการ รพ.สต.ลูกข่าย B๒ = จำนวนครั้งการรับบริการ รพ.แม่ข่าย ๓) หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ทุกสังกัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ A๓ = หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ทุกสังกัด ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ B๓ = หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ทุกสังกัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผลลัพธ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิร่วม ลดแออัด ลดรอคอย ๑) การจัดตั้ง PCU และ NPCU ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ $(A๑/B๑) \times 100$ ๒) รพ.สต.ผ่านเกณฑ์จำนวนครั้งการรับบริการระหว่าง รพ.สต.ลูกข่ายกับ รพ.แม่ข่าย $(A๒/(A๒+B๒)) \times 100 : (B๒/(A๒+B๒)) \times 100$ ๓) หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ทุกสังกัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ $(A๓/B๓) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล ๒ ครั้งต่อปี
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยคณะกรรมการประเมินยุทธศาสตร์สาธารณสุข

เกณฑ์การประเมินผล	ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ = ๑ คะแนน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑+๒ = ๒ คะแนน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑+๒+๓ = ๓ คะแนน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑+๒+๓+๔ = ๔ คะแนน (ผลลัพธ์ต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ข้อ) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑+๒+๓+๔+๕ = ๕ คะแนน คะแนนรวม ๕ คะแนน																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (๒๕๖๓-๒๕๖๕)	ข้อมูลผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (ตัวชี้วัดผลลัพธ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิร่วมลดแออัด ลดรอคอย) ๑.ร้อยละการจัดตั้ง PCU NPCU ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ <table><tr><td>ปี ๒๕๖๓</td><td>๒๕๖๔</td><td>๒๕๖๕</td></tr><tr><td>๓๑.๙๔ %</td><td>๔๙.๔๒ %</td><td>๖๔.๓๓ %</td></tr></table> ๒.ร้อยละของ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์จำนวนครั้งการรับบริการระหว่าง รพ.สต.ลูกข่ายกับรพ.แม่ข่าย ๖๐:๔๐ <table><tr><td>ปี ๒๕๖๓</td><td>๒๕๖๔</td><td>๒๕๖๕</td></tr><tr><td>๔๐.๖๔</td><td>๔๒.๑๐</td><td>๔๔.๕๖</td></tr></table> ๓.ร้อยละของ หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒๕๖๒ ทุกสังกัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ <table><tr><td>ปี ๒๕๖๓</td><td>๒๕๖๔</td><td>๒๕๖๕</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	ปี ๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๓๑.๙๔ %	๔๙.๔๒ %	๖๔.๓๓ %	ปี ๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๔๐.๖๔	๔๒.๑๐	๔๔.๕๖	ปี ๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	N/A	N/A	N/A
ปี ๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕																	
๓๑.๙๔ %	๔๙.๔๒ %	๖๔.๓๓ %																	
ปี ๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕																	
๔๐.๖๔	๔๒.๑๐	๔๔.๕๖																	
ปี ๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕																	
N/A	N/A	N/A																	
วิธีรายงาน	ข้อมูลผลลัพธ์ รายงานเป็นรายไตรมาส																		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางลัดดาวัลย์ เทียมกลาง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ ๐-๔๓๒๒-๑๑๒๕ ต่อ ๑๔๗ โทรสาร ๐-๔๓๒๒-๔๐๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐-๙๔๒๘๙-๕๕๒๔ E-mail: pcukk๒๕๕๕@gmail.com																		

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน
เป้าประสงค์ที่ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบ ส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
ข้อเท็จจริง	๒๓. จำนวนอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่ เข้มแข็ง
คำนิยาม	๑. อำเภอ หมายถึงเขตพื้นที่ปกครองส่วนภูมิภาค ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบ ราชการแผ่นดินในแต่ละอำเภอ จะแบ่งย่อยเป็นตำบล ๒. คุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง หมายถึง คุณลักษณะที่กรมสุขภาพจิตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นำมา ประยุกต์ใช้ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยมีองค์ประกอบหลักดังนี้ ๒.๑ มีเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและ ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ผ่านการอบรมจากผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตใน สถานบริการ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน แกนนำนักเรียนและแกนนำเยาวชน ๒.๒ มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบคัดกรอง๒Q โดยเครือข่ายและ แบบคัดกรอง๘Q โดยบุคลากรสาธารณสุข ใน ๓ กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ๑.โรคจิต/ซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓.โรคจากสุรา / ยาเสพติด ๒.๓ มีฐานข้อมูลครบถ้วนประกอบด้วยข้อมูลจากการสำรวจกลุ่มเสี่ยง การติดตาม ดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จากการสอบสวน โรคตามแบบรายงาน๕๐๖S V.๑๐และมีการบันทึกข้อมูลใน http://๕๐๖s.dmh.go.th ๒.๔ มีการระดมทุนในการจัดทำแผนงาน/โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ฆ่าตัวตาย หรือ โครงการสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยมีการบูรณาการงาน สุขภาพจิตสู่บุคลากรนอกหน่วยงานสาธารณสุข และมีการบันทึกแผนปฏิบัติ การผ่านระบบรายงานแผนปฏิบัติงาน(KOPA) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น ๒.๕ คลินิกหมอครอบครัว (PCU NPCU) มีระบบกิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน ๒.๖ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท เข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

เกณฑ์เป้าหมาย	อำเภอผ่านเกณฑ์ (แห่ง)				
	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	๑๗	๑๘	๒๐	๒๑	๒๔
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการฆ่าตัวตาย				
กลุ่มเป้าหมาย	๒๖ อำเภอ				
วิธีจัดเก็บข้อมูล	๑.บันทึกแผนปฏิบัติงาน (KOPA)สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ๒.คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปผ่านApplication: Mental Health Check In หรือแบบรายงานการคัดกรองด้วย ๒Q ๙Q ๘Q (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐) ๓.บันทึกข้อมูลรายงานสุขภาพจิตในโปรแกรม online : http://๕๐๖s.dmh.go.th ๓.๑ แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง(กรณีเสียชีวิต) :กรมสุขภาพจิต รง. ๕๐๖S V.๑๐ ๓.๒ แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง(กรณีไม่เสียชีวิต) :กรมสุขภาพจิต รง. ๕๐๖S V.๑๐ ๓.๓ แบบเฝ้าระวังการติดตามเยี่ยมบ้านผู้พยายามทำร้ายตนเอง:กรมสุขภาพจิตรง. ๕๐๖S V.๑๐ ๔.บันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม ๔.๑โรคซึมเศร้ารายใหม่ (ICD-๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด F๓๒.X, F๓๓.X, F๓๔.๑, F๓๘.X และ F๓๙.X ๔.๒ โรคจิตเภทรายใหม่ (ICD-๑๐) F๒๐.๐-๒๐.๙ ๕.ระบบกิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนในคลินิกหมอ (PCC NPCC) ๕.๑ รวบรวมและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (F๒๐ – F๒๙) ๕.๒ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ๕.๓ ประสาน เชื่อมโยงข้อมูล ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน				
แหล่งข้อมูล	๑.ระบบรายงานแผนปฏิบัติงาน (KOPA) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ๒.Application : Mental Health Check In ๓.โปรแกรม online : http://๕๐๖s.dmh.go.th ๔.ทะเบียนรายงานการติดตามดูแลป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ๕.HDC Datacenter กลุ่มรายงานมาตรฐาน : ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร																																				
	คำนวณจาก $\frac{\text{จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ} \times ๑๐๐,๐๐๐}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}}$																																				
	๒. การติดตามดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ครอบคลุมร้อยละ๙๐																																				
	คำนวณจาก $\frac{\text{จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จที่ได้รับการติดตามดูแล} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จทั้งหมด}}$																																				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																																				
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าหมาย																																				
เกณฑ์การให้คะแนน	กำหนดเป็นระดับขั้น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้																																				
	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)																																				
	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ขั้นตอนที่ ๑</th><th>ขั้นตอนที่ ๒</th><th>ขั้นตอนที่ ๓</th><th>ขั้นตอนที่ ๔</th><th>ขั้นตอนที่ ๕</th></tr><tr><td>๑</td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>๒</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>๓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td><td></td></tr><tr><td>๔</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td></tr><tr><td>๕</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td></tr></table>	ระดับคะแนน	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕	๑	✓					๒	✓	✓				๓	✓	✓	✓			๔	✓	✓	✓	✓		๕	✓	✓	✓	✓	✓
	ระดับคะแนน	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕																															
	๑	✓																																			
	๒	✓	✓																																		
๓	✓	✓	✓																																		
๔	✓	✓	✓	✓																																	
๕	✓	✓	✓	✓	✓																																
	<table><tr><th>ขั้นตอนที่</th><th>กิจกรรม</th></tr><tr><td>๑</td><td>อำเภอมีการดำเนินการตามกิจกรรม ในข้อ ๑-๓ อย่างน้อย ๑ ข้อ ได้แก่ ๑.มีแผนงานและโครงการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย การบันทึกผ่านระบบรายงานแผนปฏิบัติงาน(KOPA) ๒.มีเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ๓.มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วย ๒Q ๙Q ๘Q หรือใช้ Application Mental Health Check In</td></tr><tr><td>๒</td><td>ขั้นตอนที่ ๑ และมีฐานข้อมูลครบถ้วน</td></tr></table>	ขั้นตอนที่	กิจกรรม	๑	อำเภอมีการดำเนินการตามกิจกรรม ในข้อ ๑-๓ อย่างน้อย ๑ ข้อ ได้แก่ ๑.มีแผนงานและโครงการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย การบันทึกผ่านระบบรายงานแผนปฏิบัติงาน(KOPA) ๒.มีเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ๓.มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วย ๒Q ๙Q ๘Q หรือใช้ Application Mental Health Check In	๒	ขั้นตอนที่ ๑ และมีฐานข้อมูลครบถ้วน																														
ขั้นตอนที่	กิจกรรม																																				
๑	อำเภอมีการดำเนินการตามกิจกรรม ในข้อ ๑-๓ อย่างน้อย ๑ ข้อ ได้แก่ ๑.มีแผนงานและโครงการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย การบันทึกผ่านระบบรายงานแผนปฏิบัติงาน(KOPA) ๒.มีเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ๓.มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วย ๒Q ๙Q ๘Q หรือใช้ Application Mental Health Check In																																				
๒	ขั้นตอนที่ ๑ และมีฐานข้อมูลครบถ้วน																																				

	๓	ขั้นตอนที่ ๑-๒ และมีการดำเนินกิจกรรมต่อไปอย่างน้อย ๑ ข้อได้แก่ ๑.มีคลินิกหมอครอบครัว (PCU NPCU) มีระบบกิจกรรมในการดูแล สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ๒. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท เข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (ผ่านเกณฑ์)			
	๔	ขั้นตอนที่๑ - ๓ และมีการติดตามดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ครอบคลุมร้อยละ ๙๐			
	๕	ขั้นตอนที่ ๑-๔ และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา(ไม่เกิน ๘ ต่อแสนปชก.)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี		
			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสน ประชากร	ต่อแสน ประชากร	๗.๑๕	๖.๔๓	๕.๕๓ ณ ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๕
ที่มา: http://๕๐๖๘.dmh.go.th					
ผู้รับผิดชอบข้อมูล	๑. นางวีระวรรณ เหล่าวิทวัส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙-๖๒๒๔๕๑๕ E-mail:Vaccine๒๕๔๓@gmail.com ๒. นางรุ่งฤดี ไชยทองศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๖-๘๖๑๖๔๙๗ E-mail: mintrachaimaha@gmail.com				

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม
เป้าประสงค์ที่ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
ชื่อตัวชี้วัด	๒๔. ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	๑. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๑.๑ ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ แบบไม่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน ๑.๒ การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การพอกยาสมุนไพรเพื่อการรักษา - การทำหัตถการอื่นๆ ๑.๓ การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการรักษาพยาบาล นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น - ฝังเข็ม - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆที่มีการเพิ่มรหัสภายหลัง ๑.๔ สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒. การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care, IMC) หมายถึง การบริบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate Bed ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย 1๖๐-1๖๔ คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโรคมาวาตา และลมอุทังคมาวาตา พัดระคนกัน

	(แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์, ๒๕๔๒-๒๕๔๖) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U๖๑.๐, U๖๑.๑ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่ ๑) การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๒) การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - การนวดเพื่อการรักษา ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ - ผิงเข็ม ๓) การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษาอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ตำรับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง และยาสหสธารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการ ของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, ๒๕๕๘) ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึง ผู้ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส ๓ ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย I๖๐-I๖๙ ตามด้วย - รหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U๖๑.๐, U๖๑.๑ ควบคู่กับการให้รหัสการแพทย์แผนไทย (๙๐๐-๙๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๙๘-๘๘) หรือการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ - รหัสโรคด้านการแพทย์แผนจีน U๗๘๑๑๐ - U๗๘๑๑๗ ควบคู่กับการให้รหัสการแพทย์แผนจีน ๙๙๙๑๘๐๑, ๙๙๙๑๘๐๐, ๙๐๒๑๘๐๑, ๙๙๙๑๘๑๑, ๙๐๓๐๑๘๐๑
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จฯ พิจารณาจาก ๑. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๒๑ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๗๐
วัตถุประสงค์	ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพในสถานบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)
วิธีการจัดการข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม จาก HDC จังหวัดขอนแก่น
รายการข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนไทยจากข้อมูล ๔๓ แฟ้ม HDC จังหวัดขอนแก่น
สูตรการคำนวณ ๑. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ครั้ง)}}{\text{จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มารับบริการ (ครั้ง)}} \times 100$	

๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑.นางสาววีรินทร์ วงษ์โกควินท์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ ๐๙๕-๒๓๖๖๑๕๕ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๒๓๖,๒๓๗ โทรสาร ๐๔๓-๒๒๔๐๓๗ E-mail : veerinvong@hotmail.co.th ๒.นายธนภุต สุระอามาศย์ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๒๓๖,๒๓๗ โทรสาร ๐๔๓-๒๒๔๐๓๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับอย่างทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม				
เป้าประสงค์ ๔	ระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ				
ชื่อตัวชี้วัดกระทรวง	๒๕. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired Sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖				
ชื่อตัวชี้วัดจังหวัด	ระดับความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)				
คำนิยาม	ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด ๑. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงหมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะsevere sepsis หรือ septic shock ๑.๑ ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับ มี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่เกิดภาวะ Tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ภาคผนวก ๒) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน ๑.๒ ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับ มี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม ๒. Community-Acquired Sepsisหมายถึงการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยอัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด จากcommunity-acquired sepsis เพียงอย่างเดียว ๓. กลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้นที่กลุ่ม Community – Acquired Sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ ๔. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (Sepsis Screening Tools) คือModified Early Warning Score (MEWS) ๕. การดูแลรักษาผู้ป่วย ในที่นี้ ครอบคลุมทั้งการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการแต่ละคน ระบบและกระบวนการที่เกี่ยวข้องครอบคลุมทั้งการที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยหรือการรักษาได้หรือการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่เป็นไปตามอย่างที่ควรจะเป็น				
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ (A,MและF) มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระดับ ๕ ร้อยละ ๙๐				
	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community – Acquired Sepsis ให้น้อยกว่าร้อยละ ๒๖				
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด Community – Acquired Sepsis ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดขอนแก่น				

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๑๖๒

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-๑๐ ในฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ๒. บันทึกข้อมูลการดูแลรักษาและส่งต่อ Realtime ตาม Checklist Khon Kaen Sepsis Protocol และ line @ Sepsis
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community – Acquired Sepsis ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community – Acquired Sepsis ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๒ ดีขึ้น C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community – Acquired Sepsis ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ได้ขึ้น D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis $(A+C) / D \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงาน Cockpit ทุก ๓ เดือนและนิเทศงานจังหวัด ๒ ครั้ง/ปี (ไตรมาส๑ และไตรมาส๓)
เกณฑ์การประเมิน	๑. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบการพัฒนากระบวนการกำกับติดตามประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ที่ชัดเจน เช่น CM แพทย์ CM พยาบาล (คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน) มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ มีคำสั่งมอบหมาย = ๒๐ คะแนน ไม่มีคำสั่งแต่มีการมอบหมาย = ๑๐ คะแนน ไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน = ๐ คะแนน ๒. มีข้อ (๑) และมีรูปแบบ กระบวนการพัฒนาระบบดูแลรักษาสอดคล้องกับแนวทางจังหวัด กำหนดเช่น ทบทวนเวชระเบียน ในไตรมาส๑และ๒ (จำนวน ๒๐ ชุดต่อไตรมาส) รวม ๔๐ ชุด โดยใช้ Trigger Tool (คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน) มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ทบทวนเวชระเบียน อย่างน้อย ๔๐ ชุด ภายใน ๖ เดือนแรก (ทำ๒ครั้ง) = ๒๐ คะแนน ทบทวนเวชระเบียน อย่างน้อย ๔๐ ชุด ภายใน ๖ เดือนแรก (ทำ๑ครั้ง) = ๑๐ คะแนน ทบทวนเวชระเบียน จำนวนน้อยกว่าที่กำหนด ภายใน ๖ เดือนแรก = ๕ คะแนน ไม่มีการทบทวนเวชระเบียนภายใน ๖ เดือนแรก = ๐ คะแนน

	๓. มีข้อ (๒) และมีแนวทางปฏิบัติใหม่หรือมีแนวทางปรับปรุงจากแนวทางเดิม และมีการนำแนวทางที่เกิดขึ้นสู่การปฏิบัติ เช่น เพิ่มประสิทธิภาพการประเมิน คัดกรองผู้ป่วย เพื่อเข้า Protocol โดยใช้ Sepsis Screening Tool (MEWS Score) ลดปัญหาDelay Detected / Delay Diagnosis/ Delay refer หรือเพิ่มศักยภาพแพทย์ พยาบาล สร้างความเข้าใจ Protocol เพื่อการนำใช้ที่ถูกต้อง (คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน) มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ มีหลักฐานแนวทางปฏิบัติชัดเจน = ๒๐ คะแนน มีแนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจน = ๑๐ คะแนน ไม่มีแนวทางปฏิบัติ = ๐ คะแนน ๔. มีข้อ(๓) และมีการสรุปผลการดำเนินงาน ตามแบบรายงาน ทันเวลาตามที่กำหนด รอบที่ ๑ ภายใน ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ และ รอบที่ ๒ ภายใน ๓๑กรกฎาคม ๒๕๖๖ (คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน) มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ รายงานครบถ้วน ทันเวลา = ๒๐ คะแนน รายงานครบถ้วน ไม่ทันเวลา = ๑๐ คะแนน รายงานไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา = ๐ คะแนน ๕. มีข้อ(๔) และตามเกณฑ์การให้คะแนนอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๖ (คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ๕.๑ โรงพยาบาลระดับ A และ M๑ <table><tr><th>คะแนน</th><th>๐</th><th>๑๐</th><th>๒๐</th></tr><tr><td></td><td>สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๔๐</td><td>สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐</td><td>ตามเป้าหมายที่กำหนด</td></tr></table> ๕.๒ โรงพยาบาลระดับ M๒ <table><tr><th>คะแนน</th><th>๐</th><th>๕</th><th>๑๐</th><th>๑๕</th><th>๒๐</th></tr><tr><td></td><td>สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐</td><td>สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๑๐</td><td>ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด</td><td>ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๑๐</td><td>ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐</td></tr></table> ๕.๓ โรงพยาบาลระดับ F๑ F๒ และF๓ <table><tr><th>คะแนน</th><th>๑๐</th><th>๑๕</th><th>๒๐</th></tr><tr><td></td><td>ตามเป้าหมายที่กำหนด</td><td>ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๑๐</td><td>ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐</td></tr></table>	คะแนน	๐	๑๐	๒๐		สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๔๐	สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐	ตามเป้าหมายที่กำหนด	คะแนน	๐	๕	๑๐	๑๕	๒๐		สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐	สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๑๐	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๑๐	ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐	คะแนน	๑๐	๑๕	๒๐		ตามเป้าหมายที่กำหนด	ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๑๐	ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐
คะแนน	๐	๑๐	๒๐																										
	สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๔๐	สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐	ตามเป้าหมายที่กำหนด																										
คะแนน	๐	๕	๑๐	๑๕	๒๐																								
	สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐	สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๑๐	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๑๐	ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐																								
คะแนน	๑๐	๑๕	๒๐																										
	ตามเป้าหมายที่กำหนด	ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๑๐	ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ ๒๐																										
วิธีการประเมินผล	ความสำเร็จของหน่วยบริการที่มีการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน แบ่งเป็น ๕ ระดับ ดังนี้ <table><tr><th>ระดับ</th><th>๑</th><th>๒</th><th>๓</th><th>๔</th><th>๕</th></tr><tr><th>คะแนน</th><td><๕๙</td><td>๖๐-๖๙</td><td>๗๐-๗๙</td><td>๘๐-๘๙</td><td>๙๐-๑๐๐</td></tr></table>	ระดับ	๑	๒	๓	๔	๕	คะแนน	<๕๙	๖๐-๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	๙๐-๑๐๐																
ระดับ	๑	๒	๓	๔	๕																								
คะแนน	<๕๙	๖๐-๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	๙๐-๑๐๐																								
เอกสารสนับสนุน	๑. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยและจังหวัดขอนแก่น KK Sepsis Protocol ๒. โปรแกรมบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจังหวัดขอนแก่นline @ Sepsis																												

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๑๖๔

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	เป้าหมาย	ระดับ	ผลการดำเนินงาน				
			พ.ศ	เขต	กส	ชก	รอ	มส
	อัตราตายผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-Acquired Sepsis	น้อยกว่าร้อยละ ๒๖ (HDC)	๒๕๖๕	๓๖.๐๖	๓๖.๒๗	๒๘.๙๕	๓๗.๖๒	๔๑.๕๙
			๒๕๖๔	๓๒.๒๘	๓๒.๒๖	๒๙.๓๔	๓๔.๖๘	๓๒.๘๕
๒๕๖๓				๓๒.๒๙	๒๑.๖๘	๓๐.๖๖	๒๕.๑๙	
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสุทธิมา ยลโสภณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๑-๗๑๒๐๑๒๓ E-mail: suttimala2508@gmail.com โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๑๑๒๘๐๐							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	๑. นายสุรพันธ์ เจริญธัญรักษ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๘๖๐-๕๗๘๖ ๒. นายสุรพงษ์ ฝานาค ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงเก่า มือถือ : ๐๘๘-๕๗๓-๔๐๙๙ ๓. นายทิว อุดชาชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย มือถือ : ๐๖๓-๗๔๗-๙๐๙๐							

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับทั่วถึงไร้รอยต่อและเป็นธรรม				
เป้าประสงค์ที่ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ				
ชื่อตัวชี้วัด	๒๖. ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม				
คำนิยาม	เครือข่ายสุขภาพ(CUP) ที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการร่วมดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ครอบคลุมทุกกระบวนการ คือ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การป้องกัน การรักษา และการสร้างเสริมความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเยาวชนคนรุ่นใหม่ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ ๑.การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดย คัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) ในกลุ่มประชาชนอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป - ที่เป็นคนอีสานโดยกำเนิด หรืออาศัยอยู่ในอีสานมากกว่า ๑๕ ปี หรือ - เคยเป็นหรือมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หรือ - มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดีหรือพยาธิใบไม้ตับ - มีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดแบบสุกๆดิบๆ ๒.หากเข้าข่ายความเสี่ยงดังกล่าว ให้เก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ๓.หากพบการติดเชื้อให้นำเข้าสู่กระบวนการรักษา ๔.ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไปให้ส่งตรวจ ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการส่งต่อ เพื่อตรวจ CT หรือ MRI ๕.การสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเยาวชนคนรุ่นใหม่ คือ ครูในโรงเรียนระดับปฐมวัยถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นผ่านการอบรมการจัดการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเยาวชนคนรุ่นใหม่ ทั้งรูปแบบ Onsite และ Online เพื่อสร้างพฤติกรรมการรับประทาน ปลาน้ำจืดสุก และมีการดำเนินการจัดการเรียนการสอนโดย บูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม				
	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	๖๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
วัตถุประสงค์	๑.เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย สนับสนุน และเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้มีความต่อเนื่อง ๒.เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวัง คัดกรองป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๓.เพื่อพัฒนาคุณภาพการคัดกรองวินิจฉัย การดูแลรักษาและการส่งต่อทั้งระบบอย่างบูรณาการ ๔.เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีระบบ				

กลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพ ๒๖ อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ข้อมูล CASCAP ๒. ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (เฉพาะการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ และตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์มะเร็งท่อน้ำดี) รหัส ICD ๑๐ โดย OV : B ๖๖ CCA : C ๒๒
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	๑. จำนวนอำเภอที่ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใช้ข้อมูลจากการดำเนินงานร่วมกับพื้นที่เป้าหมาย อ้างอิงในระบบ HDC ๒. โปรแกรมฐานข้อมูลในระบบ HDC ผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ ๓. ข้อมูล CASCAP ๔. ข้อมูลจากการสำรวจและการจัดอบรมการจัดการเรียนการสอนฯ สະສມຕາມ https://kkcard.moph.go.th/dcg/
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๒ ครั้ง
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นายณรงค์ชัย เต็กศิริ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๘๑-๖๖๙๑๐๖๒ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
เป้าประสงค์ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อ มีประสิทธิภาพ และ ไร้รอยต่อ
ตัวชี้วัดกระทรวง	๔๐. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือ จน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน
ชื่อตัวชี้วัด	๒๗. จำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดระบบบริการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)
คำนิยาม	การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care: IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤต และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (Multi disciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการ หรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ ดังนี้ ๑. รพ.ระดับแม่ข่าย ประกอบด้วย รพ.ระดับ A, S, และ M๑ มีภารกิจ ดังนี้ ๑.๑ ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย IMC รายใหม่ รวมทั้ง ค้นหาผู้ป่วย IMC รายใหม่ในชุมชน ๑.๒ ให้บริการ intermediate ทั้งรูปแบบ IPD, OPD, และประสานการดูแลต่อเนื่องในชุมชน กับ หน่วยบริการนอกสังกัด ๑.๓ บูรณาการภารกิจการส่งกลับผู้ป่วย (refer back) กับ Service Plan: ระบบรับส่งต่อ (Referral system) ๑.๔ สนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา ๒. รพ.ระดับลูกข่าย ประกอบด้วย รพ.ระดับ M๒, และ F๑-๓ มีภารกิจ ดังนี้ ๒.๑ รับกลับผู้ป่วย IMC จาก รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า และจัดระบบบริการให้ดูแลต่อเนื่องทั้งรูปแบบ IPD, OPD, และประสานการดูแลต่อเนื่องในชุมชน กับ หน่วยบริการนอกสังกัด ๒.๒ ค้นหาผู้ป่วย IMC รายใหม่ในชุมชน และส่งปรึกษา รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วย IMC รายใหม่ ๒.๓ บูรณาการภารกิจการรับกลับผู้ป่วย (refer receive) กับ Service Plan: ระบบรับส่งต่อ (Referral system) ๒.๔ สนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา ๓. หน่วยบริการนอกสังกัด คือ รพ.สต. มีภารกิจ ในการรับประสานและบูรณาการการดูแลผู้ป่วย IMC ต่อเนื่องในชุมชน กับ รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < ๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index > ๑๕ with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ ๓ ชั่วโมง และอย่างน้อย ๕ วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย ๑๕ ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ ๑ ชั่วโมง อย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวม ชั่วโมง Nursing Care) การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้

ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพรวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

IMC Day หมายถึง วันที่สหวิชาชีพนัดหมายรวมตัวกันประเมินวางแผนบริการผู้ป่วย IMC เพื่อส่งต่อบริการสู่ชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้สหวิชาชีพได้ AAR เพื่อพัฒนาการจัดระบบบริการ IMC ให้เหมาะสมกับบริบทของ CUP ในแต่ละช่วงเวลา รวมถึงการ Sharing บุคลากรเฉพาะทางภายใน Node และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการระบบบริการบริบาลฯ ในระดับจังหวัด

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ ๒๐
IMC	Intermediate care	การบริหารฟื้นสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ I๖๐-I๖๔
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ S๐๖๑-S๐๖๙
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภายนอก (traumatic) ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ S๑๔.๐-S๑๔.๑, S๑๔.๐-S๑๔.๑, S๓๔.๐-S๓๔.๑, S๓๔.๓
	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภายนอกชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ S๗๒.๐-S๗๒.๒
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ ๒ ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลขอนแก่น
S	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมแพ
M๑	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	โรงพยาบาลสิรินธรฯ
M๒	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน โรงพยาบาลน้ำพอง บ้านไผ่ และพล
F๑	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	โรงพยาบาลหนองสองห้อง มัญจาคีรี ภูเวียง และหนองเรือ
F๒	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	โรงพยาบาลบ้านฝาง พระยืน สีชมพู ภูพาน เขาสวนกวาง อุบลรัตน์ ชนบท แวงใหญ่ แวงน้อย เปือยน้อย และ ชำสูง
F๓	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	โรงพยาบาลหนองนาคำ โนนศิลา และเวียงเก่า

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๑๖๙

เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ระดับ ๕																																															
	<table><tr><th rowspan="2">ระดับสถานพยาบาล</th><th colspan="5">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (แห่ง)</th></tr><tr><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th><th>๒๕๖๘</th><th>๒๕๖๙</th><th>๒๕๗๐</th></tr><tr><td>F๓</td><td>๔</td><td>๔</td><td>๔</td><td>๔</td><td>๔</td></tr><tr><td>F๒</td><td></td><td>๑๑</td><td>๑๑</td><td>๑๑</td><td>๑๑</td></tr><tr><td>F๑</td><td></td><td></td><td>๔</td><td>๔</td><td>๔</td></tr><tr><td>M๒</td><td></td><td></td><td></td><td>๔</td><td>๔</td></tr><tr><td>M๑, S, A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>๓</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๔ (๑๕%)</td><td>๑๕ (๕๔%)</td><td>๑๙ (๗๓%)</td><td>๒๓ (๘๘%)</td><td>๒๖ (๑๐๐%)</td></tr></table>	ระดับสถานพยาบาล	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (แห่ง)					๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	F๓	๔	๔	๔	๔	๔	F๒		๑๑	๑๑	๑๑	๑๑	F๑			๔	๔	๔	M๒				๔	๔	M๑, S, A					๓	รวม	๔ (๑๕%)	๑๕ (๕๔%)	๑๙ (๗๓%)	๒๓ (๘๘%)	๒๖ (๑๐๐%)
	ระดับสถานพยาบาล		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (แห่ง)																																													
		๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐																																										
	F๓	๔	๔	๔	๔	๔																																										
	F๒		๑๑	๑๑	๑๑	๑๑																																										
	F๑			๔	๔	๔																																										
	M๒				๔	๔																																										
	M๑, S, A					๓																																										
รวม	๔ (๑๕%)	๑๕ (๕๔%)	๑๙ (๗๓%)	๒๓ (๘๘%)	๒๖ (๑๐๐%)																																											
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนากิจการบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (IMC) ในโรงพยาบาลทุกระดับ (A, S, M, และ F) ๒. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการประสานการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (IMC) ร่วมกับหน่วยงานนอกสังกัดเพื่อการดูแลต่อเนื่องในระดับชุมชน ๓. เพื่อสร้างและพัฒนากิจการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระหว่างสหวิชาชีพและหน่วยบริการทุกระดับเกิด การบูรณาการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (IMC) ๔. เพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ที่บ้านและชุมชน ให้เป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)																																															
กลุ่มเป้าหมาย	๑. โรงพยาบาลทุกระดับ (A, S, M, และ F) ๒. สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ๓. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำ ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ๔. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)																																															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รวบรวมจากเอกสารรายงานผลการดำเนินงาน ๒. บันทึกข้อมูลลงใน Google sheet ที่พัฒนาขึ้นเฉพาะ ๓. HDC/ โปรแกรม IMC@khonkaen																																															
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	๑. โรงพยาบาลทุกแห่ง ๒. สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ๓. โปรแกรม nRefer																																															
รายการข้อมูล	A = แผนงานปฏิบัติการโครงการ IMC ที่ประสานการจัดระบบบริการร่วมกับ SP: LTC, PC, แพทย์แผนไทย และ สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง B = คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน IMC ที่บูรณาการสหวิชาชีพจากหน่วยบริการทุกระดับ ทั้งภายใน และ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข C = จำนวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย IMC รายใหม่ ใน รพ.ระดับ A,S,M๑-๒,F๑-๓ D = จำนวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย IMC รายใหม่ ใน รพ.ระดับ A,S,M๑ E = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ขึ้นทะเบียน และได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือ จน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน F = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด G = จำนวนครั้งที่บุคลากรจากหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข																																															

	เข้าร่วมกิจกรรม IMC Day																																									
	H = จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม IMC Day ทั้งหมด (มกราคม-มิถุนายน)																																									
	I = จำนวนนักบริบาลชุมชน และ Care Giver (CG) ของปีปัจจุบัน																																									
	J = จำนวนนักบริบาลชุมชน และ Care Giver (CG) ของปีที่ผ่านมา																																									
	K = จำนวน รพ.สต. ที่มีสถานสำหรับให้บริการบริบาล IMC หรือมียานพาหนะสำหรับนำส่งผู้ป่วย IMC ไปเข้ารับบริการตามสถานที่นัดหมาย																																									
	L = จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด																																									
	M = จำนวน รพ.สต. ที่มีวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนการจัดระบบการให้คำปรึกษา กรณี เกินศักยภาพ ของหน่วยบริการ																																									
	N = จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด																																									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑.๑	(C/D) x ๑๐๐																																									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑.๒	(E/F) x ๑๐๐																																									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒.๑	(G/H) x ๑๐๐																																									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒.๒	(I/J) x ๑๐๐																																									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๓.๑	(K/L) x ๑๐๐																																									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๓.๒	(M/N) x ๑๐๐																																									
ระยะเวลาประเมินผล	๑. รายงาน Cockpit ทุก ๒ เดือน ๒. ตามรอบนิเทศงานจังหวัด ๒ ครั้ง/ปี (ไตรมาส ๑ และไตรมาส ๓)																																									
เกณฑ์การประเมิน	กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายของแต่ละระดับ ดังนี้ <table><tr><th rowspan="2">ระดับคะแนน</th><th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th></tr><tr><th>ขั้นตอนที่ ๑</th><th>ขั้นตอนที่ ๒</th><th>ขั้นตอนที่ ๓</th><th>ขั้นตอนที่ ๔</th><th>ขั้นตอนที่ ๕</th></tr><tr><td>๑</td><td>●</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>๒</td><td>●</td><td>●</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>๓</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td></td><td></td></tr><tr><td>๔</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td></td></tr><tr><td>๕</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td></tr></table> โดยที่: <u>ระดับที่ ๑</u> หมายถึง มีการกำหนดแนวทางการดำเนินการ/แผนงานโครงการ IMC ที่ ประสานการจัดระบบบริการร่วมกับ Service Plan: LTC, PC, แพทย์แผนไทย และ สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ประจำปีงบประมาณปัจจุบัน <u>ระดับที่ ๒</u> หมายถึง จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโดยบูรณาการสหวิชาชีพจากหน่วยบริการทุกระดับ ทั้งภายในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นปัจจุบัน <u>ระดับที่ ๓</u> หมายถึง จัดระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือ จน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน <u>ระดับที่ ๔</u> หมายถึง การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบดิจิทัล	ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)					ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕	๑	●					๒	●	●				๓	●	●	●			๔	●	●	●	●		๕	●	●	●	●	●
ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)																																									
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕																																					
๑	●																																									
๒	●	●																																								
๓	●	●	●																																							
๔	●	●	●	●																																						
๕	●	●	●	●	●																																					

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๑๗๑

<

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการ สุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั่วถึง ไร้รอยต่อและเป็นธรรม
เป้าประสงค์ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบ ส่งต่อ มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
ตัวชี้วัดกระทรวง	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามเกณฑ์มาตรฐาน
คำนิยาม	๑.การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบ ประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual Support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรมFamily Meeting, Advance Care Plan เป็นต้น โดยมีบุคลากรในทีมการดูแล ประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพบริการ ดังนี้ ๑. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่องหนังสือแสดงเจตนาไม่ ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา ๑๒ แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่ง พ.ศ. ๒๕๕๐) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการ ดูแลไปยังจุดบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วย นอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้านได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถ จัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า ๒. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า Advance Care Planning (ACP) ดังนี้ ๒.๑ โรงพยาบาลระดับ A,S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน Fulltime อย่างน้อย ๑ คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน Part Time อย่างน้อย ๑ คน ๒.๒ โรงพยาบาลระดับ A,S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน Full Time อย่างน้อย ๒ คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน Part Time อย่างน้อย ๑ คน ๒.๓ โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย ๑ คน ๒.๔ โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบ คณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงานที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว ๓. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-๑๐ Z๕๑.๕) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การ อนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้ ๓.๑ กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-๑๐ รหัส C๐๐-C๙๖ หรือ D๓๗-D๔๘ ๓.๒ กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Strok) ICD-๑๐ รหัส I๖๐-๖๙ และ (Dementia) ICD-๑๐ รหัส F๐๓ ๓.๓ โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD ๑๐ รหัส N๑๘.๕ ๓.๔ โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-๑๐ รหัส J๔๔ ๓.๕ ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-๑๐ รหัส I๕๐ ๓.๖ ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K๗๒ หรือ Alcoholic Hepatic Failure (K๗๐.๔) หรือ Hepatic Failure with Toxic Liver Disease (K๗๑.๗)

	๓.๗ ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B๒๐-B๒๔ ยกเว้น B๒๓.๐, B๒๓.๑ ๓.๘ ผู้สูงอายุ (อายุ > ๖๐ ปี) ที่เจ็บป่วยใน ๗ กลุ่มโรคตามข้อ ๒.๑-๒.๗ และภาวะพึ่งพิง ICD-๑๐ รหัส R๕๔ ภาวะระยะประคับประคอง ๓.๙ ผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๐-๑๔ ปี) ประคับประคองระยะท้าย ๔. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก ออ. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ใน ผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ ๔๐) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับคำขอเชยยา มอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สบสข กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการ ปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย ๕. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกการเยี่ยมบ้าน (๑AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งหา HDC ในแฟ้ม community service และบันทึก ในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ ๕๐) * เมื่อดำเนินการตามข้อ ๔-๕ หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับคำขอเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาจนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สบสข กำหนด ๖. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และ ร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๗. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคองโดยมีการ บันทึกผลการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-๑๐TM รหัส U๗๗๘-๗๗๙, แพทย์แผนจีน รหัส U๗๘-๗๙ (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดย กรมการแพทย์แผนไทย) โดยมี <u>Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care ดังนี้</u> ๑. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่า ร้อยละ ๕๐ ของวัน ต้องพึ่งพิงมากขึ้น - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPSน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ๕๐หรือ - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karn of sky Score(KPS)ไม่เกินร้อยละ๕๐ หรือ ECOG ตั้งแต่ ๓ ขึ้นไป เป็นต้น ๒. Multiple Co-morbidityซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ ๓. โรคร้ายในระยะลุกลามไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก ๔. Terminal Delirium ๕.Cachexia,น้ำหนักลดต่อเนื่อง,Serum albumin น้อยกว่า ๒.๕ mg/dl ต่อเนื่อง ๖.Persistent Hypercalcemia ๗.ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ๘.ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปเต็มที่ ๙.เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง ๑๐.มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลใน สถานพยาบาล/บริบาล <u>Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care ที่ต้องรับยา Opioid ดังนี้</u> ประเมินคะแนนอาการปวดตาม Pain Scale ถ้าคะแนนประเมิน ≥ 4 ต้องได้รับการจัดการอาการปวดตามหลักการจัดการอาการปวดบันได ๓ ขั้นขององค์การอนามัยโลก แล้วอาการปวดลดลง ร้อยละ ๕๐ ภายใน ๗๒ ชั่วโมง
--	--

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๑๗๔

เกณฑ์เป้าหมาย	๑. รพศ./รพท./รพช. ดำเนินการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง (Palliative Care ตามเกณฑ์ที่กำหนด					
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	
	๒๔	๒๔	๒๕	๒๕	๒๖	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และการได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid อย่างมีประสิทธิภาพได้มาตรฐานผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง					
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ๒๖ แห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงานข้อมูลผลงานเป็นรายเดือน/รายไตรมาส ๒. ระบบรายงานข้อมูลของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.ขอนแก่น					
แหล่งข้อมูล	๑. HDC Data Center https://hdcservice.moph.go.th รายงานมาตรฐานข้อมูลตอบสนอง Service Plan สาขา Palliative Care รอยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ๒. ดูจากเอกสารหลักฐานที่โรงพยาบาลทุกระดับ ตามรายการข้อมูล					
รายการข้อมูล	A =จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z๕๑.๕)และได้รับการจัดทำAdvance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD ๑๐ รหัส Z๗๑.๘ เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ B =จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z๕๑.๕) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD ๑๐ ที่กำหนดตาม Service Plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-๑๐ C๐๐-C๙๖ ,D๓๗-D๔๘,I๖๐-I๖๙,F๐๓,N๐๘.๕,J๔๔,I๕๐,K๗๒,K๗๐.๔,K๗๑.๗,B๒๐-B๒๔(ยกเว้นB๒๓.๐,B๒๓.๑),R๕๔ และผู้ป่วยอายุ ๐-๑๔ ปี (ที่วินิจฉัยZ๕๑๕ร่วมด้วย)เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐					
ระยะเวลาประเมินผล	รายงาน Cockpit ทุกไตรมาส และประเมินผลตามรอบนิเทศงานจังหวัด ๒ ครั้ง/ปี					
ผลการดำเนินงาน ๓ ปี ย้อนหลัง (๒๕๖๓-๒๕๖๕)			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	
	ร้อยละผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP)		๕๕.๔๙	๖๒.๙๘	๘๒.๗๕	
วิธีการประเมินผล	๑. ประเมินจากข้อมูลในระบบ HDC สสจ.ขอนแก่น ๒. ประเมินจากการดำเนินงานจากการนิเทศงาน ประเมินผลระดับ CUP					
วิธีรายงาน	๑. รายงานผลเป็นเอกสารรายงานผลตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นกำหนด ๒. ระบบรายงาน HDC ๒.๑ ข้อมูลการบันทึก Advance Care Planning (ACP) ในผู้ป่วยประคับประคอง ๒.๑ ข้อมูลการบันทึกการเยี่ยมบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางนิริมา ศรีแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. ๐๘๕-๔๙๙-๑๔๖๖ E-mail : pcunpcukk@gmail.com					

การประเมินโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative Care) ตามเกณฑ์มาตรฐาน

หัวข้อประเมิน	หลักฐาน
๑. มีระบบการส่งต่อและรักษาต่อเนื่องผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ๑.๑ มีแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย PC ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๑.๒ มีทะเบียนส่งต่อผู้ป่วย PC	- Flow และทะเบียนทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยแบบประคับประคองที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง
๒. มีการพัฒนาศักยภาพหรืออบรมฟื้นฟูทีมผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (แพทย์ ,พยาบาล,เภสัชกร)	-จากแผนพัฒนาฯ และการปฏิบัติตามแผน
๓. มีแผนงาน/โครงการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร่วมกับ สสอ. , รพ.สต.,อสม.,Care Giver,องค์กรในท้องถิ่นต่างๆ และ มีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ	-แผนงาน/และการจัดกิจกรรมตามแผน
๔. มีการจัดทำ CQI /Best Practice เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างน้อย โรงพยาบาลละ ๑ เรื่อง	-เอกสารสรุปผล CQI /Best Practice ๑ เรื่อง กระบวนการพัฒนา
๕. การบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ≥ร้อยละ ๖๐	-ทะเบียนการประเมินและให้ยา Opioid กับผู้ป่วย PCของหน่วยงาน
๖. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชนอย่างมีคุณภาพ ≥ร้อยละ ๗๕	แหล่งข้อมูลจาก HDC Data Center -บันทึกการเยี่ยมบ้านโดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง(Z๕๑.๕)และได้รับการเยี่ยมบ้าน (Z๗๔.๒)
๗. การให้การดูแลตามแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า Advance Care Planning (ACP) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ≥ร้อยละ ๘๕	แหล่งข้อมูลจาก HDC Data Center -บันทึกการทำ(ACP)ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษร (บันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD๑๐ รหัส Z๗๑.๘)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม																								
เป้าประสงค์ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุตติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบส่งต่อ มีประสิทธิภาพ และ ไร้รอยต่อ																								
ชื่อตัวชี้วัด	๒๙.จำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วย (Seamless Referral System)																								
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) หมายถึง การให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วย หรือ ผู้รับบริการในการบริการสุขภาพ บริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขระหว่างสถานบริการสุขภาพ ตั้งแต่ ขึ้นเตรียมการก่อนการส่งต่อ ขณะส่งต่อ และรับการส่งต่อ ทั้งไปและกลับอย่างมีคุณภาพ เหมาะสมกับขีดความสามารถ ที่ถูกกำหนดไว้ตามระดับของสถานบริการสุขภาพนั้นๆ โดยผู้ป่วยจะได้รับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องในแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุตติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ตามมาตรฐานสากล Refer Out (ส่งต่อ) คือ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง ด้วยเหตุผลในการส่งต่อ เช่น เกินศักยภาพ เพื่อการวินิจฉัย/รักษา ขาดเครื่องมือทางการแพทย์ เป็นต้น Refer In (รับต่อ) คือการรับผู้ป่วยที่ส่งมาจากสถานพยาบาลที่มีศักยภาพเดียวกันหรือต่ำกว่า ด้วยเหตุผลในการรับส่งต่อ เช่น ไม่สามารถตรวจวินิจฉัย/รักษาได้ ขาดผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น Refer Back /Refer out return (ส่งกลับ) คือ การส่งกลับผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลต้นทาง หลังจากได้รับการดูแลรักษา/วินิจฉัย เรียบร้อยแล้ว Refer Receive /Refer in return (รับกลับ) คือ การรับผู้ป่วยกลับจากสถานพยาบาลหนึ่งที่มีศักยภาพสูงกว่า หลังจากได้รับการดูแลรักษา/วินิจฉัย เรียบร้อยแล้ว มาตรฐานการส่งต่อ หมายถึง การประเมินความถูกต้องเหมาะสมของการ refer ด้วยแบบประเมินมาตรฐานการส่งต่อทั้ง refer in และ refer out ของจังหวัดขอนแก่น โดยการประเมินประกอบด้วย การดูแลทางเดินหายใจ การดูแลการหายใจ การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต และการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการนำส่ง <table><tr><th>คำย่อ</th><th>คำเต็ม</th><th>คำอธิบาย</th></tr><tr><td>A</td><td>รพ.ศูนย์</td><td>รพ.ขอนแก่น</td></tr><tr><td>M๑</td><td>โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก</td><td>โรงพยาบาลสิรินธรรฯ ชุมแพ</td></tr><tr><td>Super Node</td><td>รพ.แม่ข่ายขนาดใหญ่</td><td>รพ.สิรินธรรฯ ชุมแพ</td></tr><tr><td>M๒</td><td>โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย</td><td>รพร.กระนวน รพ.น้ำพอง บ้านไผ่ และพล</td></tr><tr><td>Node</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย</td><td>รพร.กระนวน รพ.น้ำพอง บ้านไผ่ และพล</td></tr><tr><td>โซนเหนือ</td><td>รพ.แม่ข่ายโซนเหนือ: กระนวน และ น้ำพอง</td><td>รพ.ลูกข่าย: เขาสวนกวาง อุบลรัตน์ และข้าสูง</td></tr><tr><td>โซนเหนือ</td><td>รพ.แม่ข่ายโซนใต้: มี ๒ ระดับ -Super Node: สิรินธรรฯ -Node: บ้านไผ่ พล</td><td>รพ.ลูกข่าย: หนองสองห้อง เปือยน้อย โนศิลา ชนบท แวงน้อย และแวงใหญ่</td></tr></table>	คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย	A	รพ.ศูนย์	รพ.ขอนแก่น	M๑	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	โรงพยาบาลสิรินธรรฯ ชุมแพ	Super Node	รพ.แม่ข่ายขนาดใหญ่	รพ.สิรินธรรฯ ชุมแพ	M๒	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพร.กระนวน รพ.น้ำพอง บ้านไผ่ และพล	Node	โรงพยาบาลแม่ข่าย	รพร.กระนวน รพ.น้ำพอง บ้านไผ่ และพล	โซนเหนือ	รพ.แม่ข่ายโซนเหนือ: กระนวน และ น้ำพอง	รพ.ลูกข่าย: เขาสวนกวาง อุบลรัตน์ และข้าสูง	โซนเหนือ	รพ.แม่ข่ายโซนใต้: มี ๒ ระดับ -Super Node: สิรินธรรฯ -Node: บ้านไผ่ พล	รพ.ลูกข่าย: หนองสองห้อง เปือยน้อย โนศิลา ชนบท แวงน้อย และแวงใหญ่
คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย																							
A	รพ.ศูนย์	รพ.ขอนแก่น																							
M๑	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	โรงพยาบาลสิรินธรรฯ ชุมแพ																							
Super Node	รพ.แม่ข่ายขนาดใหญ่	รพ.สิรินธรรฯ ชุมแพ																							
M๒	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพร.กระนวน รพ.น้ำพอง บ้านไผ่ และพล																							
Node	โรงพยาบาลแม่ข่าย	รพร.กระนวน รพ.น้ำพอง บ้านไผ่ และพล																							
โซนเหนือ	รพ.แม่ข่ายโซนเหนือ: กระนวน และ น้ำพอง	รพ.ลูกข่าย: เขาสวนกวาง อุบลรัตน์ และข้าสูง																							
โซนเหนือ	รพ.แม่ข่ายโซนใต้: มี ๒ ระดับ -Super Node: สิรินธรรฯ -Node: บ้านไผ่ พล	รพ.ลูกข่าย: หนองสองห้อง เปือยน้อย โนศิลา ชนบท แวงน้อย และแวงใหญ่																							

	โซนกลาง	รพ.แม่ข่ายโซนกลาง: รพ.ขอนแก่น	รพ.ลูกข่าย: มัญจาคีรี โคกโพธิ์ไชย พระยืน บ้านฝาง				
	โซนตะวันตก	รพ.แม่ข่ายโซนตะวันตก: ชุมแพ	รพ.ลูกข่าย: หนองเรือ ภูเวียง ภูผาม่าน สีชมพู เวียงเก่า และหนองนาคำ				
	F๑	รพช.ขนาดใหญ่	รพ.หนองสองห้อง มัญจาคีรี ภูเวียง และ หนองเรือ				
	F๒	รพช.ขนาดกลาง	รพ.บ้านฝาง พระยืน สีชมพู ภูผาม่าน เขาสวนกวาง อุบลรัตน์ ชนบท แวงใหญ่ แวงน้อย เปือยน้อย และ ชำสูง				
	F๓	รพช.ขนาดเล็ก	รพ.โคกโพธิ์ไชย โนนศิลา หนองนาคำ และเวียงเก่า				
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วย (Seamless Referral System) ระดับ ๕						
	ระดับสถานพยาบาล	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (แห่ง)					
		๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	
	F๓	๔	๔	๔	๔	๔	
	F๒		๑๑	๑๑	๑๑	๑๑	
	F๑			๔	๔	๔	
	M๒				๔	๔	
	M๑, S, A					๓	
	รวม	๔ (๑๕%)	๑๕ (๕๔%)	๑๙ (๗๓%)	๒๓ (๘๘%)	๒๖ (๑๐๐%)	
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาการจัดระบบบริการรับส่งต่อ (Referral System) ในโรงพยาบาลทุกระดับ (A, S, M, และ F) ๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งของ Node ๓. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการประสานการจัดระบบบริการ รับส่งต่อ (Referral System) ร่วมกับหน่วยงานนอกสังกัดเพื่อการดูแลต่อเนื่องในระดับชุมชน ๔. เพื่อสร้างและพัฒนาการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการทุกระดับอย่างไร้รอยต่อ						
กลุ่มเป้าหมาย	๑. โรงพยาบาลทุกระดับ (A, S, M, และ F) ๒. สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ๓. ผู้ป่วย IMC, Palliative care ๔. ผู้ป่วย อุกฉินที่						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รวบรวมจากเอกสารรายงานผลการดำเนินงาน ๒. โปรแกรม nRefer						
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	๑. โรงพยาบาลทุกแห่ง ๒. สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง						
รายการข้อมูล	A = แผนงานปฏิบัติการโครงการการจัดระบบบริการรับส่งต่อ (Referral System)						

	B = คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการจัดระบบบริการรับส่งต่อ (Referral System) ระดับ Node
	C = จำนวนผู้ป่วย IMC และ Palliative care ที่ รพ.ระดับ A,S,M๑ ส่งกลับ รพ.ต้นสังกัด เพื่อดูแลต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติของแต่ละ Service plan โดยการใช้รถต้นสังกัด หรือการใช้รถ IMAC และประสานผ่านระบบ ๒Days plan/๑Day plan
	D = จำนวนผู้ป่วย IMC และ Palliative care ที่ รพ.ระดับ A,S,M๑ ส่งกลับ รพ.ต้นสังกัด เพื่อดูแลต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติของแต่ละ Service Plan
	E = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วย (สาขา SP ที่ รพ.Node กำหนดเป็นสาขาเชี่ยวชาญ) ที่เกินศักยภาพ รพ.ต้นทาง (ลูกข่าย) ไป รพ.แม่ข่าย (Node) ที่รับผิดชอบ
	F = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วย (สาขา SP ที่ รพ.Node กำหนดเป็นสาขาเชี่ยวชาญ) ที่เกินศักยภาพ รพ.ต้นทาง (ลูกข่าย) ไป รพ. ที่มีศักยภาพสูงกว่า ทั้งหมด
	G = จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติศูนย์ส่งต่อ (Body of Connection) ในโรงพยาบาล หรือ TEA Unit ของโรงพยาบาล (Trauma and Emergency Administration) ที่ได้รับการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการปฏิบัติงาน อย่างต่อเนื่อง
	H = จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติศูนย์ส่งต่อ (Body of Connection) ในโรงพยาบาล หรือ TEA Unit ทั้งหมด
	I = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาด้านการติดต่อสื่อสารระหว่าง โรงพยาบาลและ ศูนย์ส่งการรพพยาบาลและการใช้ Telemedicine ของปีปัจจุบัน
	J = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาด้านการติดต่อสื่อสารระหว่าง โรงพยาบาลและ ศูนย์ส่งการรพพยาบาลและการใช้ Telemedicine ของปีที่ผ่านมา
	K = จำนวนการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบดิจิทัล ผ่านโปรแกรม nRefer อย่างมีคุณภาพ (ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา)
	L = จำนวนการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบดิจิทัล ผ่านโปรแกรม nRefer ทั้งหมด
	M = จำนวน อปท. ที่มีการจัดระบบบริการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือจัดระบบบริการ รับส่งต่อผู้ป่วย IMC และ Palliative ระหว่าง รพ.สต. กับ รพ.แม่ข่าย (CUP)
	N = จำนวน อปท. ที่มีผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือผู้ป่วย IMC และ Palliative ที่ต้องส่งต่อ เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง ระหว่าง รพ.สต. กับ รพ.แม่ข่าย (CUP) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑.๑	$(C/D) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑.๒	$(E/F) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒.๑	$(G/H) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒.๒	$(I/J) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๓.๑	$(K/L) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๓.๒	$(M/N) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	๑. รายงาน Cockpit ทุก ๒ เดือน

	๒. ตามรอบนิเทศงานจังหวัด ๒ ครั้ง/ปี (ไตรมาส ๑ และไตรมาส ๓)																																																																																	
เกณฑ์การประเมิน	กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายของแต่ละระดับ ดังนี้ <table><tr><th rowspan="2">ระดับคะแนน</th><th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th></tr><tr><th>ขั้นตอนที่ ๑</th><th>ขั้นตอนที่ ๒</th><th>ขั้นตอนที่ ๓</th><th>ขั้นตอนที่ ๔</th><th>ขั้นตอนที่ ๕</th></tr><tr><td>๑</td><td>●</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>๒</td><td>●</td><td>●</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>๓</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td></td><td></td></tr><tr><td>๔</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td></td></tr><tr><td>๕</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td></tr></table> โดยที่: <u>ระดับที่ ๑</u> หมายถึง มีการกำหนดแนวทางการดำเนินการ/แผนงานโครงการการจัดระบบบริการรับส่งต่อ (Referral System) ประจำปีงบประมาณปัจจุบัน <u>ระดับที่ ๒</u> หมายถึง ร่วมกันจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการจัดระบบบริการรับส่งต่อ (Referral System) เครือข่าย Node ที่เป็นปัจจุบัน <u>ระดับที่ ๓</u> หมายถึง จัดระบบบริการรับส่งต่อได้อย่างมีมาตรฐาน <u>ระดับที่ ๔</u> หมายถึง การรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบดิจิทัล โดยใช้ระบบโปรแกรม nRefer <u>ระดับที่ ๕</u> หมายถึง รพ. ระดับ Node มีการรับ Refer in ทุกกลุ่มโรค เพิ่มขึ้น หรือ รพ. ระดับ A มีการรับ Refer in ทุกกลุ่มโรค ลดลง ปี ๒๕๖๖: <table><tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๕</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๕</td></tr></table> ปี ๒๕๖๗: <table><tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๑๐</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๑๐</td></tr></table> ปี ๒๕๖๘: <table><tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๑๕</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๑๕</td></tr></table> ปี ๒๕๖๙: <table><tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๒๐</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๒๐</td></tr></table> ปี ๒๕๗๐: <table><tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๒๕</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๒๕</td></tr></table>	ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)					ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕	๑	●					๒	●	●				๓	●	●	●			๔	●	●	●	●		๕	●	●	●	●	●	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	≥ ร้อยละ ๕	-	≥ ร้อยละ ๕	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	≥ ร้อยละ ๑๐	-	≥ ร้อยละ ๑๐	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	≥ ร้อยละ ๑๕	-	≥ ร้อยละ ๑๕	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	≥ ร้อยละ ๒๐	-	≥ ร้อยละ ๒๐	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	≥ ร้อยละ ๒๕	-	≥ ร้อยละ ๒๕
ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)																																																																																	
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕																																																																													
๑	●																																																																																	
๒	●	●																																																																																
๓	●	●	●																																																																															
๔	●	●	●	●																																																																														
๕	●	●	●	●	●																																																																													
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																																																																															
-	≥ ร้อยละ ๕	-	≥ ร้อยละ ๕																																																																															
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																																																																															
-	≥ ร้อยละ ๑๐	-	≥ ร้อยละ ๑๐																																																																															
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																																																																															
-	≥ ร้อยละ ๑๕	-	≥ ร้อยละ ๑๕																																																																															
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																																																																															
-	≥ ร้อยละ ๒๐	-	≥ ร้อยละ ๒๐																																																																															
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																																																																															
-	≥ ร้อยละ ๒๕	-	≥ ร้อยละ ๒๕																																																																															

ผลการดำเนินงาน ย้อนหลัง ๕ ปี (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕)	หน่วยวัด				
	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
	ร้อยละ	-	-	-	-
ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข					
วิธีรายงาน	ประมวลผลและจัดทำข้อมูลโดยทีมเลขาคณะอนุกรรมการ SP สาขา IMC จังหวัด รายงานผลตามช่องทางที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นกำหนด				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นางพัชรารัตน์ พิรุณสุนทร โทรศัพท์มือถือ : ๐๘-๑๒๖๐-๔๔๓๓ ๒. นพ. เศรษฐพงษ์ ธีรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail : porror๒๐๒๐@gmail.com เลขานุการ Service Plan: Referral System				

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม																														
เป้าประสงค์ที่ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบ ส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ																														
ชื่อตัวชี้วัด	๓๐. ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของการระบาดโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ																														
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของการระบาดโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉิน ทั้งโรคและภัย คือ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดย ๑. มีคำสั่งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ (EOC) มีโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย ๒. มีคู่มือ แนวทางการดำเนินงาน SOP ทุกกล่องภารกิจตามโครงสร้าง ICS ๓. มีการประเมินความเสี่ยงของโรคและภัยระดับอำเภอ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับความเสี่ยง โดยวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ในด้านที่เกี่ยวข้องกับภัย ความล่าแหลมและความเปราะบาง ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม ๔. มีแผนเผชิญเหตุ และ แผนประครองกิจการ ๕. มีการซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ๖. สามารถควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญได้ตามมาตรฐานทางระบาดวิทยาของโรคที่เป็นปัญหาหรือระบาดในพื้นที่																														
เกณฑ์การประเมิน																															
<table><tr><td></td><td>๒๕๖๖</td><td>๒๕๖๗</td><td>๒๕๖๘</td><td>๒๕๖๙</td><td>๒๕๗๐</td></tr><tr><td>มีการเตรียมความพร้อมและมีความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของการระบาดโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ระดับดีมาก</td><td>๑๕ อำเภอ</td><td>๑๘ อำเภอ</td><td>๒๑ อำเภอ</td><td>๒๓ อำเภอ</td><td>๒๖ อำเภอ</td></tr><tr><td>ระดับดี</td><td>๘ อำเภอ</td><td>๖ อำเภอ</td><td>๔ อำเภอ</td><td>๓ อำเภอ</td><td>๐ อำเภอ</td></tr><tr><td>ระดับพอใช้</td><td>๓ อำเภอ</td><td>๒ อำเภอ</td><td>๑ อำเภอ</td><td>๐ อำเภอ</td><td>๐ อำเภอ</td></tr></table>			๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	มีการเตรียมความพร้อมและมีความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของการระบาดโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ						ระดับดีมาก	๑๕ อำเภอ	๑๘ อำเภอ	๒๑ อำเภอ	๒๓ อำเภอ	๒๖ อำเภอ	ระดับดี	๘ อำเภอ	๖ อำเภอ	๔ อำเภอ	๓ อำเภอ	๐ อำเภอ	ระดับพอใช้	๓ อำเภอ	๒ อำเภอ	๑ อำเภอ	๐ อำเภอ	๐ อำเภอ
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐																										
มีการเตรียมความพร้อมและมีความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของการระบาดโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ																															
ระดับดีมาก	๑๕ อำเภอ	๑๘ อำเภอ	๒๑ อำเภอ	๒๓ อำเภอ	๒๖ อำเภอ																										
ระดับดี	๘ อำเภอ	๖ อำเภอ	๔ อำเภอ	๓ อำเภอ	๐ อำเภอ																										
ระดับพอใช้	๓ อำเภอ	๒ อำเภอ	๑ อำเภอ	๐ อำเภอ	๐ อำเภอ																										
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินให้สามารถรองรับภาวะฉุกเฉินทั้งโรคและภัยสุขภาพได้																														
กลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน ๒๖ อำเภอ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุม และสาธารณสุขอำเภอ)																														
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกไตรมาส																														

วิธีการประเมิน	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	- มีคำสั่งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระดับอำเภอ (EOC) - มีโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย - มีคู่มือ แนวทางการดำเนินงาน SOP ทุกกองการกิจตามโครงสร้าง ICS	✓			
	มีการประเมินความเสี่ยงของโรคและ ภัยของพื้นที่ (Risk Assessment) โดย มีผู้บริหารลงนามรับรอง	✓	✓		
	จัดทำแผนประกอบกิจการ (Business Continuity Planning : BCP) จัดทำ แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan : IAP) เพื่อเตรียมความพร้อม รองรับภาวะฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพ ตามความเสี่ยงของพื้นที่		✓	✓	
	มีการซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้าน การแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับ กรรมการระดับโซน			✓	✓
	สามารถควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญได้ ตามมาตรฐานทางระบาดวิทยาของโรค ที่เป็นปัญหาหรือระบาดในพื้นที่	✓	✓	✓	✓
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวเทวรักษ์ ภูครองนาค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ ๐-๔๓๒๒-๑๑๒๕ ต่อ๑๒๔ โทรสาร ๐-๔๓๒๒-๔๐๓๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๙๕ ๖๕๒ ๗๒๒๗ E-mail : nok_mu@hotmail.com				

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทั้งถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม
เป้าประสงค์ที่ ๔	ระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีระบบ ส่งต่อมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
ชื่อตัวชี้วัด	๓๑. ระดับความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล
คำนิยาม	“อำเภอส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (RDU District) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนา ระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสาน การดำเนินงาน โดยการพัฒนาประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (๑) การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) (๒) การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและ ร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in Private Health Sectors, RDU-PCU) และ (๓) การพัฒนาการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community, Non Health Sectors) ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประชาชน รวมถึงการใช้ยาในสัตว์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมี เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย <u>หมายเหตุ</u> มติคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ครั้งที่ ๔/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ <u>RDU Hospital</u> หมายถึง การพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน ซึ่งครอบคลุม โรงพยาบาลรัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ โรงพยาบาลภาครัฐ นอกเหนือจากโรงพยาบาลในสำนักปลัดกระทรวง สาธารณสุข / โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงอื่น และโรงพยาบาลเอกชน <u>RDU PCU</u> หมายถึง การพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น <u>RDU in Private Health Sectors</u> หมายถึง การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งให้บริการ ด้านยาหรือผลิตภัณฑ์ที่มุ่งหมายการรักษาโรค ได้แก่ คลินิกเอกชน ร้านยา เป็นต้น <u>RDU in community</u> หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งสถานบริการ สุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น <u>Non-Health Sectors</u> หมายถึง สถานประกอบการ/หน่วยงาน/องค์กรที่ไม่ใช่สถานบริการสุขภาพ และยังไม่มีการกำกับดูแล แต่มีการจำหน่ายยา หรือใช้ยา หรือให้บริการด้านยา เช่น ร้านชำ โรงเรียน โรงงาน ปศุสัตว์ และภาคเกษตรกรรม เป็นต้น <u>RDU Coordinator</u> หมายถึง บุคคลหรือคณะบุคคลที่รับผิดชอบหลักในงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การคิดเชิงระบบ มีทักษะการประสานงาน รวมถึงการจัดการระบบข้อมูลด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ตลอดจนการถ่ายทอด

	ข้อมูลและผลักดันให้เกิดการส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสมเชิงระบบอย่างมีส่วนร่วมทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชนในระดับอำเภอ <u>หมู่บ้านต้นแบบ</u> หมายถึง หมู่บ้านเป้าหมายอย่างน้อย ๒ แห่งที่ดำเนินการ RDU Community การประเมินอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยา ดำเนินการโดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน ๓ ส่วน ดังนี้ ๑. RDU-Hospital ๒. RDU-PCU ๓. RDU-community					
เกณฑ์เป้าหมาย	๕ คะแนน (คะแนนเต็ม ๕) จากการดำเนินงานครบทั้ง ๓ ส่วน ได้แก่					
	๑). RDU-Hospital ๒). RDU-PCU ๓). RDU-community					
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	
	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	
วัตถุประสงค์	<u>วัตถุประสงค์หลัก</u> ๑. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา (safety) และลดค่าใช้จ่าย (cost) ด้านยาที่ไม่จำเป็นของหน่วยบริการสุขภาพ (รพส/รพท/รพช./รพ.สต./PCC/PCU) ๒. เพื่อพัฒนาทุกอำเภอสู่ “อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล” <u>วัตถุประสงค์เฉพาะ</u> ๑. พัฒนา RDU Hospital อย่างต่อเนื่อง ๒. พัฒนา RDU-PCU/PCC & ส่งเสริม RDU ใน รพ.สต. ๓. พัฒนา RDU ในชุมชนด้วยกลไก RDU community					
กลุ่มเป้าหมาย	๒๖ อำเภอ ซึ่งในแต่ละอำเภอประกอบด้วย ๑.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า ๒.หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต./PCU/PCC ทุกแห่ง ๓.หมู่บ้านต้นแบบ RDU-Community อย่างน้อย ๒ หมู่บ้าน (อำเภอกำหนดหมู่บ้านต้นแบบเอง)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานประจำเดือน /รายงานรายไตรมาส					
แหล่งข้อมูล	๑.ฐานข้อมูล HDC/HIS/รายงานประจำเดือน /รายงานเฉพาะกิจ กบรส. ๒.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ ๓.แบบรายงานที่กำหนด					
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล ๒ รอบ โดยประเมินตามเกณฑ์(ผลลัพธ์) และให้คะแนน ดังนี้ รอบที่ ๑ ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ รอบที่ ๒ ช่วงเดือนมิถุนายน ๒๕๖๖					

เกณฑ์การประเมินผล	ให้คะแนนในการดำเนินงาน ๓ ส่วน ดังนี้ ๑. การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) (๒ คะแนน) ประเมินผล ๔ ข้อ ดังนี้ ๑.๑ ผลผลิต(Output) ตามตัวชี้วัด จำนวน ๑๒ รายการ โดยต้องผ่าน ๑๐ ใน ๑๒ ตัวชี้วัด ดังนี้ -ตัวชี้วัดที่ ๑-๔ : อัตราการใชยาปฏิชีวนะใน ๔ กลุ่มโรค (RI, AD, FTW, APL) ต้องผ่านเกณฑ์ขั้นที่ ๓ ทั้ง ๔ กลุ่มโรค** -ตัวชี้วัดที่ ๕ : การใชยา RAS Blockade ร่วมกัน ๒ ชนิด ในผู้ป่วยความดันเลือดสูง -ตัวชี้วัดที่ ๖ : การใชยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป -ตัวชี้วัดที่ ๗ : การใชยา Metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน -ตัวชี้วัดที่ ๘ : การใชยากลุ่ม NSAIDs ช้ซ้อนการใชยา กลุ่ม NSAIDs ช้ซ้อน -ตัวชี้วัดที่ ๙ : การใชยา Inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยหอบหืด -ตัวชี้วัดที่ ๑๐ : การใชยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ในผู้ป่วยสูงอายุ -ตัวชี้วัดที่ ๑๑ : การใชยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็ก RI -ตัวชี้วัดที่ ๑๒ : การใชยาห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ (Warfarin) <u>หมายเหตุ</u> ติดตามประเมินตัวชี้วัดผ่านระบบข้อมูล HDC และ HIS ของโรงพยาบาล ๑.๒ ข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based surveillance) คือ การสร้างเครื่องมือ/ trigger tool /พัฒนาระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความปลอดภัยด้านยาเชิงรุก ในโรงพยาบาล เพื่อค้นหา เฝ้าระวัง ส่งต่อ และป้องกันความเสี่ยงในการสั่งใชยาไม่เหมาะสมและการเกิดอันตรายจากการใชยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมไปยังชุมชนในกลุ่มโรค/ผู้ป่วย ดังนี้ - กลุ่มโรคที่เกิด ADR จากการใชยา steroids - ผู้ป่วยโรคไต - และ/หรืออื่นๆที่รพ.กำหนดเอง ประเมินผลโดย ค่าร้อยละของการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจากโรคที่โรงพยาบาลกำหนด $\geq 80\%$ รายละเอียดการประเมินการดำเนินการ ดูในคู่มือดำเนินการส่งเสริมการใชอย่างสมเหตุผลในชุมชน จากเว็บไซต์ http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use ๑.๓ วิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการใชยาของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในช่วงปี ๒๕๖๐-๒๕๖๖ ดังนี้ -ยาปฏิชีวนะใน ๔ กลุ่มโรค (รายงานตามแบบรายงานที่กำหนด) -และ/หรือยาอื่นๆ ที่รพ./รพ.สต.กำหนดเอง เช่น ยา NED/ยาปฏิชีวนะที่มีราคาสูง/ยามูลค่าสูง เป็นต้น
---------------------------------	---

	๑.๔ CUP มีผลงาน R๒R/นวัตกรรม ระดับ รพ. หรือ ระดับรพ.สต. ไม่น้อยกว่า ๑ รายการ ๒. การพัฒนารพ.สต./PCU/PCC ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU-PCU) (๑ คะแนน) ประเมินผลผลิต (Output) จำนวน ๔ รายการ ดังนี้ ๒.๑ การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์และการแพ้ยาใน รพ.สต./PCU/PCC ดังนี้ -เชื่อมโยงส่งต่อข้อมูล ADR และการแพ้ยา จากรพ.ให้ รพ.สต./PCU/PCC อย่างสม่ำเสมอ และทันเวลา - กำหนดมาตรการและเฝ้าระวัง ADR ในกลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง ได้แก่ -หญิงตั้งครรภ์, เด็ก, ผู้สูงอายุ -ผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin -ผู้ป่วยโรคไต/CKD -ผู้ป่วยที่รับยา TB - และ/หรืออื่นๆที่รพ.สต.กำหนดเอง ๒.๒ ส่งเสริมระบบการเฝ้าระวังและรายงานความคลาดเคลื่อน ด้านยา<u>เชิงรุก</u> (Medication error : ME) ในรพ.สต./PCU/PCC โดยมีการกำหนดให้มีการรายงาน ME และทบทวนแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ ๒.๓ อบรม/ฟื้นฟู/update ความรู้เรื่องการใช้ ATB ๓ โรค ให้แก่บุคลากร PCC/PCU/รพ.สต. อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๒.๔ ส่งเสริมสนับสนุนให้ รพ.สต./PCU/PCC ทุกแห่งมีฉลากยามาตรฐาน - ฉลากยา ๑๓ รายการตามเกณฑ์ RDU - ฉลากช่วย/ฉลากเสริม ในกลุ่มยาที่มีอุปกรณ์/เครื่องมือในการใช้ ๓.การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU-Community) (๒ คะแนน) ประเมินหมู่บ้านต้นแบบ ๒ แห่ง ใน ๒ ส่วน ดังนี้ ๓.๑การเฝ้าระวังการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มเปราะบาง(ผู้ป่วยโรคไต) -ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์เสี่ยงแก่ผู้ป่วยและ Care Giver -เยี่ยมบ้านและจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วย ๓.๒การส่งเสริมความรู้ด้านยาให้แก่ผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ (RDU literacy) - สสำรวจความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำในหมู่บ้านต้นแบบ ๓.๓ การพัฒนาต้นแบบร้านค้า/ร้านชำ(ร้านชำคุณภาพ ปลอดภัยอันตราย) รพ.สต.ละ ๑ แห่ง ๔. โรงพยาบาลมีระบบจัดการการติดต่อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ประเมินเฉพาะโรงพยาบาลเป้าหมาย ได้แก่ รพศ.และรพท.(ขอนแก่น/สิรินธร/ชุมแพ)
วิธีการประเมินผล	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑.นางศศิธร เอื้ออนันต์ เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๓๙๑๐๑๙๙ E-mail : sasitorneu@gmail.com ๒.นางสาวอิสริย์ พละสินธุ์เดชา เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙-๔๕๙๙๕๙๔ E-mail : ipalasindech@gmail.com กลุ่มงานคุ้มครองฯ สสจ.ขอนแก่น

คำอธิบายเพิ่มเติม

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม

การส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) หมายถึง ระบบของพื้นที่ (ระดับอำเภอหรือเขต กรณีกรุงเทพมหานคร) ที่มีการออกแบบระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับทั้งรัฐและเอกชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย และมีการเชื่อมโยงสู่การเฝ้าระวังสู่ครัวเรือนและชุมชน โดยมีการรวบรวม ประมวลผลข้อมูล และจัดการข้อมูล เพื่อวางระบบจัดการปัญหาในหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงมีการนำข้อมูลคืนกลับให้ประชาชน เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและเกิดการแก้ปัญหาในชุมชนด้วยชุมชน โดยมีการจัดการความเสี่ยง ในรูปแบบต่างๆ ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งของประชาชนด้านการใช้ยาอย่างมีส่วนร่วม การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยา การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะภาคเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมถึงการกำกับดูแลแหล่งกระจายยา โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน

ยุทธศาสตร์ที่ ๓	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บุคลากรเป็นมืออาชีพ บริหารด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล
เป้าประสงค์ที่ ๖	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ
ชื่อตัวชี้วัด	๓๒. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา
คำนิยาม	๑. ตำแหน่งที่สูงขึ้น หมายถึง ตำแหน่งข้าราชการที่ทำหน้าที่หรือได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ทางการบริหาร ดังนี้ ๑) รองผู้อำนวยการ ๒) หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/ศูนย์ ๓) หัวหน้าพยาบาล ๔) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ๕) สาธารณสุขอำเภอ ๖) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ๒. ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งว่างตามข้อ ๑ จากการเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณถัดไป โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก และตำแหน่งว่างจากสาเหตุการโอนไปส่วนราชการอื่น ฯลฯ ๓. บุคลากรที่มีความพร้อม หมายถึง บุคลากรประเภทข้าราชการที่มีคุณสมบัติ และ/หรือมีความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ๔. สมรรถนะตามตำแหน่งที่สูงขึ้น หมายถึง สมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนดดังนี้ ๑) สภาวะผู้นำ (Leadership) ๒) วิสัยทัศน์ (Visioning) ๓) การวางกลยุทธ์ภาครัฐ (Strategic Orientation) ๔) ศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน (Change Leadership) ๕) การควบคุมตนเอง (Self-Control) ๖) การสอนงานและการมอบหมายงาน (Coaching and Empowering Others) ๕. การพัฒนา หมายถึง กระบวนการที่มุ่งจะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน ความรู้ความสามารถ ทักษะและทัศนคติของบุคลากรให้เป็นไปทางที่ดีขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสามารถปฏิบัติงานได้ผลตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทางหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด เช่น ๑) การอบรม/สัมมนา โดยกองบริหารทรัพยากรบุคคล ๒) การจัดส่งบุคลากร ไปอบรม/สัมมนา/ศึกษาต่อ กับหน่วยงานภายนอก ๓) การฝึกอบรมโดยผ่านระบบ E-Learning ฯลฯ เป็นต้น ๖. บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา หมายถึง บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา ตามหลักเกณฑ์ที่หลักสูตรได้กำหนด เช่น การฝึก/อบรมครบตามหลักสูตร การสอบผ่านเกณฑ์ การได้รับใบประกาศนียบัตร ฯลฯ เป็นต้น ๗. จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา หมายถึง จำนวนบุคลากรสองเท่าของตำแหน่งว่างตามข้อ ๒ ๘. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น เทียบกับ

	จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา				
เกณฑ์เป้าหมาย	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ๒. เพื่อให้มีความต่อเนื่องทางการบริหารและมีการสืบทอดตำแหน่งอย่างเป็นระบบ				
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่มีคุณสมบัติ/ความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) ๒. เอกสารแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามตำแหน่งที่สูงขึ้น				
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	๑. ระบบ HROPS ๒. กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นหน่วยงานในกำกับ)				
รายการข้อมูล	A = จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ณ วันที่รายงานผล				
	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔				
แนวทางการประเมิน					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	- มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างตามตำแหน่งที่สูงขึ้น มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา	- มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น -พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	บุคลากรผ่านการพัฒนา เพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕	
วิธีการประเมินผล :	- วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบ HROPS - วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบรายงานผลการดำเนินงาน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นายมนี เหมือนชาติ ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) ๒. นางจิตเกษม เบ็ญจจันทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔ ๕๓๖ ๙๘๘๘ งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development : HRD) กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๑๓ E-mail : hrd.khonkaen@gmail.com				

ยุทธศาสตร์ที่ ๓	พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงาน และส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ					
เป้าประสงค์ที่ ๖	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับมีขีดความสามารถในการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ					
ชื่อตัวชี้วัด	๓๓.ร้อยละการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้านและ อสม.สามารถใช้ Application สมาร์ท อสม.					
คำนิยาม	อสม.เป้าหมาย หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการพัฒนาศักยภาพตาม จำนวน ที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม.เป้าหมาย ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. หมายถึง แอปพลิเคชัน ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือให้ความรู้ ความเข้าใจ แจ้งข่าวเกี่ยวกับ การดูแล รักษาสุขภาพ แก่ อสม. รวมถึง การจัดส่งรายงานประจำเดือน (อสม. ๑) สำหรับ อสม. ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์					
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ					
	เกณฑ์เป้าหมาย	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	ร้อยละ อสม.เป้าหมายผ่านการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
	อสม. “สมัคร” แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
	อสม. “ใช้” แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
วัตถุประสงค์	๑. พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ๒. เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการใช้เทคโนโลยี “แอปสมาร์ท อสม.”					
กลุ่มเป้าหมาย	๑. อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน ตามเกณฑ์ - ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๒,๙๘๕ คน (ตำบล ละ ๑๕ คน) ๒. อสม. สมัคร แอปสมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ ๓. อสม. ใช้ แอปสมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net ๒. อสม. หมอประจำบ้าน บันทึกข้อมูลใน แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.					
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	๑. ฐานข้อมูล อสม. หมอประจำบ้าน บนเว็บไซต์ www.thaiphc.net ๒. แอปพลิเคชัน “SMART อสม.”					

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑) ร้อยละการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม.หมอบริการบ้าน = (รายการข้อมูล ๑ / รายการข้อมูล ๒ x ๑๐๐) รายการข้อมูล ๑ = จำนวน อสม.ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ เป็น อสม.หมอบริการบ้าน รายการข้อมูล ๒ = จำนวน อสม. เป้าหมาย ๒) ร้อยละ อสม. สมัคร Application สมาร์ท อสม. = (รายการข้อมูล ๑ / รายการข้อมูล ๒ x ๑๐๐) รายการข้อมูล ๑ = จำนวน อสม.ที่สมัคร Application สมาร์ท อสม. รายการข้อมูล ๒ = จำนวน อสม.ทั้งหมด ๓) ร้อยละ อสม. ใช้ Application สมาร์ท อสม. = (รายการข้อมูล ๑ / รายการข้อมูล ๒ x ๑๐๐) รายการข้อมูล ๑ = จำนวน อสม. ใช้ Application สมาร์ท อสม. รายการข้อมูล ๒ = จำนวน อสม.ทั้งหมด																											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๒ และ ๔ ปี ๒๕๖๖ <table><tr><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr><tr><td>๑. มีการชี้แจงแนวทางการพัฒนาอสม.หมอบริการบ้านสู่การปฏิบัติ</td><td>๑. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแลเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย</td><td>๑. ประเมินความก้าวหน้า และติดตามการดูแลเยี่ยมบ้าน /</td><td>๑. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน</td></tr><tr><td>๒. อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบริการบ้านตามเป้าหมายที่กำหนด</td><td>๒. บันทึกผลการพัฒนาและเยี่ยมบ้านใน www.thaiphc.net</td><td>สนับสนุน/แก้ไข ปัญหาโดย ทีมสหวิชาชีพ ราย CUP</td><td>จาก อสม.หมอบริการบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</td></tr><tr><td>๓. บันทึก อสม.ผ่านการอบรมตามหลักสูตรใน www.thaiphc.net</td><td>และ แอปพลิเคชัน Smart อสม.</td><td>๒. บันทึกผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน www.Thaiphc.net และ Smart อสม.</td><td>ครอบคลุมร้อยละ ๙๐</td></tr><tr><td>๔. พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. ๔.๐ แอปพลิเคชัน Smart อสม.</td><td></td><td></td><td>๒. บันทึกผลการดำเนินงานในเว็บ www.Thaiphc.net และ Smart อสม.</td></tr><tr><td>๕. บันทึกกลุ่มเป้าหมายที่ อสม.หมอบริการบ้านดูแล อสม. ๑ : ๗ คน</td><td></td><td></td><td>๓. สรุปบทเรียนนวัตกรรม</td></tr></table>				รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	๑. มีการชี้แจงแนวทางการพัฒนาอสม.หมอบริการบ้านสู่การปฏิบัติ	๑. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแลเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย	๑. ประเมินความก้าวหน้า และติดตามการดูแลเยี่ยมบ้าน /	๑. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน	๒. อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบริการบ้านตามเป้าหมายที่กำหนด	๒. บันทึกผลการพัฒนาและเยี่ยมบ้านใน www.thaiphc.net	สนับสนุน/แก้ไข ปัญหาโดย ทีมสหวิชาชีพ ราย CUP	จาก อสม.หมอบริการบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	๓. บันทึก อสม.ผ่านการอบรมตามหลักสูตรใน www.thaiphc.net	และ แอปพลิเคชัน Smart อสม.	๒. บันทึกผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน www.Thaiphc.net และ Smart อสม.	ครอบคลุมร้อยละ ๙๐	๔. พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. ๔.๐ แอปพลิเคชัน Smart อสม.			๒. บันทึกผลการดำเนินงานในเว็บ www.Thaiphc.net และ Smart อสม.	๕. บันทึกกลุ่มเป้าหมายที่ อสม.หมอบริการบ้านดูแล อสม. ๑ : ๗ คน			๓. สรุปบทเรียนนวัตกรรม
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																									
๑. มีการชี้แจงแนวทางการพัฒนาอสม.หมอบริการบ้านสู่การปฏิบัติ	๑. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแลเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย	๑. ประเมินความก้าวหน้า และติดตามการดูแลเยี่ยมบ้าน /	๑. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน																									
๒. อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบริการบ้านตามเป้าหมายที่กำหนด	๒. บันทึกผลการพัฒนาและเยี่ยมบ้านใน www.thaiphc.net	สนับสนุน/แก้ไข ปัญหาโดย ทีมสหวิชาชีพ ราย CUP	จาก อสม.หมอบริการบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข																									
๓. บันทึก อสม.ผ่านการอบรมตามหลักสูตรใน www.thaiphc.net	และ แอปพลิเคชัน Smart อสม.	๒. บันทึกผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน www.Thaiphc.net และ Smart อสม.	ครอบคลุมร้อยละ ๙๐																									
๔. พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. ๔.๐ แอปพลิเคชัน Smart อสม.			๒. บันทึกผลการดำเนินงานในเว็บ www.Thaiphc.net และ Smart อสม.																									
๕. บันทึกกลุ่มเป้าหมายที่ อสม.หมอบริการบ้านดูแล อสม. ๑ : ๗ คน			๓. สรุปบทเรียนนวัตกรรม																									

ปี 2566

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีการชี้แจงแนวทางการพัฒนา อสม.หมอบริการบ้านสู่การปฏิบัติ 2. อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอบริการบ้านตามเป้าหมายที่กำหนด 3. บันทึก อสม.ผ่านการอบรมตามหลักสูตรใน www.thaiphc.net 4. พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. 4.0 แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. 5. บันทึกกลุ่มเป้าหมายที่ อสม. หมอบริการบ้านดูแล อสม. 1 : 7 คน	1. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแลเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายในชุมชน/หมู่บ้าน 2. บันทึกผลการพัฒนาและเยี่ยมบ้านใน www.thaiphc.net และ แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.	1. ประเมินความก้าวหน้า และติดตามการดูแลเยี่ยมบ้าน / สนับสนุน/แก้ไข ปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ 2. บันทึกผลงานใน www.thaiphc.net 3. ประเมินผลการสมัคร และใช้ แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.	1. อสม.เป้าหมายผ่านการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 75 2. อสม.สมัคร แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ ร้อยละ 50 3. อสม.ใช้ แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ ร้อยละ 50

ปี 2567

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			1. อสม.เป้าหมายผ่านการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 80 2. อสม.สมัคร แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ ร้อยละ 55 3. อสม.ใช้ แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ ร้อยละ 55

ปี 2568

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			1. อสม.เป้าหมายผ่านการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 85 2. อสม.สมัคร แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ ร้อยละ 60 3. อสม.ใช้ แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ ร้อยละ 60

	ปี 2569																																
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																													
				1. อสม.เป้าหมายผ่านการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 90 2. อสม.สมัคร แอปสมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ร้อยละ 65 3.อสม.ใช้ แอป สมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ร้อยละ 65																													
	ปี 2570																																
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																													
				1. อสม.เป้าหมายผ่านการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 95 2. อสม.สมัคร แอปสมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ร้อยละ 70 3.อสม.ใช้ แอป สมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ร้อยละ 70																													
วิธีการประเมินผล	ประเมินจาก www.thaiphc.net และ แอปพลิเคชัน Smart อสม.																																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)	<table><tr><th rowspan="2">Baseline Data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th rowspan="2">เป้าหมาย (คน)</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๓</th><th>๒๕๖๔</th><th>๒๕๖๕</th></tr><tr><td>ร้อยละ อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน (สะสม)</td><td>ร้อยละ</td><td>๓๓,๓๕๕</td><td>๗.๔๕</td><td>๑๔.๔๔</td><td>๑๐๐</td></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน จาก อสม. หมอประจำบ้าน</td><td>ร้อยละ</td><td>๙,๓๒๔</td><td>๙๒.๕๒</td><td>๙๖.๕๔</td><td>๑๐๐</td></tr><tr><td>แอปสมาร์ท อสม.</td><td>ร้อยละ</td><td>๓๓,๓๕๕</td><td>-</td><td>-</td><td>๖๓.๐๔</td></tr></table>						Baseline Data	หน่วยวัด	เป้าหมาย (คน)	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	ร้อยละ อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน (สะสม)	ร้อยละ	๓๓,๓๕๕	๗.๔๕	๑๔.๔๔	๑๐๐	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน จาก อสม. หมอประจำบ้าน	ร้อยละ	๙,๓๒๔	๙๒.๕๒	๙๖.๕๔	๑๐๐	แอปสมาร์ท อสม.	ร้อยละ	๓๓,๓๕๕	-	-	๖๓.๐๔
Baseline Data	หน่วยวัด	เป้าหมาย (คน)	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																														
			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕																												
ร้อยละ อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน (สะสม)	ร้อยละ	๓๓,๓๕๕	๗.๔๕	๑๔.๔๔	๑๐๐																												
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน จาก อสม. หมอประจำบ้าน	ร้อยละ	๙,๓๒๔	๙๒.๕๒	๙๖.๕๔	๑๐๐																												
แอปสมาร์ท อสม.	ร้อยละ	๓๓,๓๕๕	-	-	๖๓.๐๔																												
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นางสาวผดาร์ณัช พลไชยมาตย์ โทรศัพท์ ๐ ๔๓๒๒ ๑๑๒๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๕๘๕๕ ๑๖๖๙ ๒. นางอนุรักษ์ สะตะ โทรศัพท์ ๐ ๔๓๒๒ ๑๑๒๕ ต่อ ๑๔๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๖๑๗ ๖๓๗๘		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๐๓๗ E-mail: phadarnuch@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๐๓๗ E-mail: anuraksata@gmail.com																														

ยุทธศาสตร์ที่ ๓	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บุคลากรเป็นมืออาชีพ บริหารด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล			
เป้าประสงค์ที่ ๗	บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความภาคภูมิใจในภารกิจสุขภาพเพื่อประชาชน			
ข้อตัวชี้วัด	๓๔. ร้อยละของหน่วยงานมีการนำผลการประเมินฯ มาวิเคราะห์และแปลผลเพื่อใช้ในการพัฒนาองค์กรในการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข และมีการดำเนินงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข			
คำนิยาม	องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์ องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ.) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงาน สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน			
ระดับการวัดผล	หน่วยงาน			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	
	จังหวัดมีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน - รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย ๒ แห่ง - รพช./สสอ. ร้อยละ ๓๐	จังหวัดมีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน - รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย ๒ แห่ง -รพช./สสอ. ร้อยละ ๓๕	จังหวัดมีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน - รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อย ๒ แห่ง -รพช./สสอ. ร้อยละ ๔๐	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กรมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน			
กลุ่มเป้าหมาย	การทำแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) : บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/ สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/ โรงพยาบาลขอนแก่น/โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น/โรงพยาบาลชุมแพ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น) ได้แก่ ๑) ข้าราชการ ๒) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ๓) พนักงานราชการ ๔) ลูกจ้างประจำ ๕) ลูกจ้างชั่วคราว			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เข้าทำแบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH ๒. หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (ที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ จากคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับหน่วยงาน) มายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล (๑)	A๑ = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน											
	B๑ = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A๑/B๑) x ๑๐๐											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๒											
รายการข้อมูล (๒)	A๒ = จำนวนหน่วยงานที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ											
	B๒ = จำนวนหน่วยงานภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (๕๓ หน่วยงาน)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A๒/B๒) x ๑๐๐											
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔											
แนวทางการประเมิน	<table><tr><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr><tr><td>๑. หน่วยงานมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการองค์กรแห่งความสุข ๒. หน่วยงานมีการชี้แจงแนวทางการวัดความสุขของคนทำงาน (Happinometer)</td><td>๑. ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ๒. มีการนำผลการประเมินฯ มาวิเคราะห์และแปลผลเพื่อใช้ในการพัฒนาองค์กรในการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ</td><td>๑. หน่วยงานมีการดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ๒. หน่วยงานมีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ</td><td>๑. หน่วยงานมีการจัดทำรายงานสรุปแผนงาน/โครงการพร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการพัฒนาองค์กรไปสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน</td></tr></table>				รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	๑. หน่วยงานมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการองค์กรแห่งความสุข ๒. หน่วยงานมีการชี้แจงแนวทางการวัดความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	๑. ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ๒. มีการนำผลการประเมินฯ มาวิเคราะห์และแปลผลเพื่อใช้ในการพัฒนาองค์กรในการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๑. หน่วยงานมีการดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ๒. หน่วยงานมีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๑. หน่วยงานมีการจัดทำรายงานสรุปแผนงาน/โครงการพร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการพัฒนาองค์กรไปสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน									
๑. หน่วยงานมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการองค์กรแห่งความสุข ๒. หน่วยงานมีการชี้แจงแนวทางการวัดความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	๑. ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ๒. มีการนำผลการประเมินฯ มาวิเคราะห์และแปลผลเพื่อใช้ในการพัฒนาองค์กรในการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๑. หน่วยงานมีการดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ๒. หน่วยงานมีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๑. หน่วยงานมีการจัดทำรายงานสรุปแผนงาน/โครงการพร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการพัฒนาองค์กรไปสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน									

เกณฑ์การประเมิน	ข้อ ๑ หน่วยงานทั้ง สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการองค์กรแห่งความสุข และมีการชี้แจงแนวทางการวัดความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ข้อ ๒ ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ของคนทำงาน (ข้าราชการ/ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ พนักงานราชการ/ ลูกจ้างประจำ/ ลูกจ้างชั่วคราว) ข้อ ๓ หน่วยงานมีการนำผลการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) มาวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล เพื่อใช้ในการจัดทำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ในปี ๒๕๖๖ ในหน่วยงาน ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม และส่งเสริมความสุขคนทำงานและองค์กร องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน ข้อ ๔ หน่วยงานมีการดำเนินงานตามแผน/ ประเมินผล/ จัดทำผลการดำเนินงาน การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ข้อ ๕ หน่วยงานมีการสรุปผลการดำเนินงานตามเวลาที่กำหนด
วิธีการประเมินผล	๑. การประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ๒. คณะกรรมการ/ คณะทำงาน ในระดับจังหวัด พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
เอกสารสนับสนุน	๑. แบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ๒. เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นายมนี เหมือนชาติ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) ๒. นางจิตเกษม เบ็ญจพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔ ๕๓๖ ๙๘๘๘ ๓. นางสาวทิพวรรณ หมื่นสา นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕ ๑๙๖ ๔๔๑๗ งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development : HRD) กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓๒๒๑๒๕ ต่อ ๑๑๓ E-mail : hrd.khonkaen@gmail.com

รายละเอียดแนบท้าย

ข้อมูลพื้นฐาน (Base line) ผลการดำเนินงานแยกรายอำเภอ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ -๒๕๖๔											
		จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจักษ์บ้าน (คน)						จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน จาก อสม. หมอประจักษ์บ้าน (คน)					
		ปี ๒๕๖๓			ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๓			ปี ๒๕๖๔		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	เมืองขอนแก่น	๓๘๐	๓๘๐	๑๐๐	๒๘๐	๒๘๐	๑๐๐	๑,๑๔๐	๑,๑๑๕	๙๗.๘	๑,๒๖๕	๑,๒๖๕	๑๐๐
๒	บ้านฝาง	๗๕	๗๕	๑๐๐	๗๕	๗๕	๑๐๐	๒๒๕	๑๙๗	๘๗.๖	๔๗๓	๔๗๓	๑๐๐
๓	พระยืน	๕๓	๕๓	๑๐๐	๕๓	๕๓	๑๐๐	๑๕๙	๑๓๘	๘๖.๘	๓๕๓	๓๕๓	๑๐๐
๔	หนองเรือ	๑๔๙	๑๔๙	๑๐๐	๑๔๙	๑๔๙	๑๐๐	๔๔๗	๔๓๒	๙๖.๖	๗๔๗	๗๔๗	๑๐๐
๕	ชุมแพ	๑๖๑	๑๖๑	๑๐๐	๑๓๕	๑๓๕	๑๐๐	๔๘๓	๔๖๓	๙๕.๙	๒,๗๑๘	๒,๓๗๕	๘๗.๓๘
๖	สีชมพู	๑๑๘	๑๑๘	๑๐๐	๑๑๕	๑๑๕	๑๐๐	๓๕๔	๓๔๓	๙๖.๙	๙๒๘	๙๒๘	๑๐๐
๗	น้ำพอง	๑๖๘	๑๖๘	๑๐๐	๑๖๘	๑๖๘	๑๐๐	๕๐๔	๔๙๒	๙๗.๖	๑,๕๒๙	๑,๕๒๙	๑๐๐
๘	อุบลรัตน์	๗๒	๗๒	๑๐๐	๗๑	๗๑	๑๐๐	๒๑๖	๒๐๑	๙๓.๑	๒๘๔	๒๘๔	๑๐๐
๙	กระนวน	๙๙	๙๙	๑๐๐	๙๙	๙๙	๑๐๐	๒๗๗	๒๗๓	๙๑.๙	๓๙๖	๓๙๖	๑๐๐
๑๐	บ้านไผ่	๑๒๘	๑๒๘	๑๐๐	๑๑๑	๑๑๑	๑๐๐	๓๘๔	๓๕๐	๙๑.๑	๖๗๐	๖๗๐	๑๐๐
๑๑	เปือยน้อย	๓๒	๓๒	๑๐๐	๓๒	๓๒	๑๐๐	๙๖	๙๖	๑๐๐	๓๓๑	๓๓๑	๑๐๐
๑๒	พล	๑๓๘	๑๓๘	๑๐๐	๑๓๒	๑๓๒	๑๐๐	๔๑๔	๓๙๙	๙๕.๓	๑,๔๗๗	๑,๔๑๘	๙๖.๐๑
๑๓	วางใหญ่	๕๒	๕๒	๑๐๐	๕๒	๕๒	๑๐๐	๑๕๖	๑๑๘	๗๕.๖	๒๖๕	๒๖๕	๑๐๐
๑๔	วางน้อย	๗๔	๗๔	๑๐๐	๗๔	๗๔	๑๐๐	๒๒๒	๑๙๗	๘๘.๗	๓๑๒	๓๑๒	๑๐๐
๑๕	หนองสองห้อง	๑๓๗	๑๓๗	๑๐๐	๑๓๗	๑๓๗	๑๐๐	๔๑๑	๔๐๒	๙๗.๘	๖๒๔	๖๒๔	๑๐๐
๑๖	ภูเวียง	๑๑๔	๑๑๔	๑๐๐	๑๑๔	๑๑๔	๑๐๐	๓๔๒	๓๑๕	๙๒.๑	๗๘๒	๗๘๒	๑๐๐
๑๗	มัญจาคีรี	๑๑๘	๑๑๘	๑๐๐	๑๑๘	๑๑๘	๑๐๐	๓๕๔	๓๐๘	๘๗.๐	๕๐๑	๕๐๑	๑๐๐
๑๘	ชนบท	๘๐	๘๐	๑๐๐	๘๐	๘๐	๑๐๐	๒๔๐	๒๐๔	๘๕.๐	๖๑๒	๖๑๒	๑๐๐
๑๙	เขาสวนกวาง	๕๖	๕๖	๑๐๐	๕๖	๕๖	๑๐๐	๑๖๘	๑๓๙	๘๒.๗	๒๒๘	๒๒๘	๑๐๐
๒๐	ภูผาม่าน	๔๒	๔๒	๑๐๐	๔๒	๔๒	๑๐๐	๑๒๖	๑๐๕	๘๓.๓	๔๕๘	๔๕๘	๑๐๐
๒๑	ซำสูง	๓๕	๓๕	๑๐๐	๓๕	๓๕	๑๐๐	๑๐๕	๙๔	๘๙.๕	๑๔๐	๑๔๐	๑๐๐
๒๒	โคกโพธิ์ไชย	๔๐	๔๐	๑๐๐	๔๐	๔๐	๑๐๐	๑๒๐	๙๗	๘๐.๘	๒๒๐	๒๒๐	๑๐๐
๒๓	หนองนาคำ	๓๖	๓๖	๑๐๐	๓๕	๓๕	๑๐๐	๑๐๘	๙๔	๘๗.๐	๑๑๔	๑๑๔	๑๐๐
๒๔	บ้านแฮด	๔๖	๔๖	๑๐๐	๔๖	๔๖	๑๐๐	๑๓๘	๑๒๐	๘๗.๐	๑๘๔	๑๘๔	๑๐๐
๒๕	โนนศิลา	๔๖	๔๖	๑๐๐	๔๖	๔๖	๑๐๐	๑๓๘	๑๑๒	๘๑.๒	๑๘๔	๑๘๔	๑๐๐
๒๖	เวียงเก่า	๓๖	๓๖	๑๐๐	๓๖	๓๖	๑๐๐	๑๐๘	๙๔	๘๗.๐	๑๔๔	๑๔๔	๑๐๐
รวม		๒,๔๘๕	๒,๔๘๕	๑๐๐	๒,๓๓๑	๒,๓๓๑	๑๐๐	๑๐๐	๖,๘๙๘	๙๒.๕๒	๑๕,๙๓๙	๑๕,๕๓๗	๙๖.๕๔

ยุทธศาสตร์ที่ ๔	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บุคลากรเป็นมืออาชีพ บริหารด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล
เป้าประสงค์ที่ ๘	เทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ
ตัวชี้วัด	๓๕. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
คำนิยาม	๑. ผลงานวิจัย/ ผลงาน R๒R (Routine to Research) หมายถึง ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์หรือวิธีการที่เชื่อถือได้ ซึ่งต้องเป็นไปตามระเบียบวิธีหรือกฎเกณฑ์ที่ถูกต้อง/ การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด เพื่อให้ได้ความรู้ที่เชื่อถือได้มีเหตุมีผลเป็นไปตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และนำไปใช้อย่างเป็นประโยชน์ในการให้บริการด้านสาธารณสุข แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขได้ ๒. นวัตกรรม (Innovative) หมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น ที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ๓. นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น ๔. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น ๔ ประเภท ได้แก่ ๑) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น ๒) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขบวนการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น ๓) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น ๔) นวัตกรรมจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

๕. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)

๖. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้

๗. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม

๘. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้

๑) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชั้นสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น

๒) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น

๓) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

๙. ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล

๑๐. แผนงาน/โครงการ (Program/Project) หมายถึง การวางแผนการทำงานเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ อย่างน้อยต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีดำเนินงาน ระยะเวลาดำเนินงาน สถานที่ดำเนินงาน งบประมาณหรือทรัพยากรที่ต้องใช้ ผู้รับผิดชอบ ผลผลิต/ผลลัพธ์

๑๑. ออกแบบระบบ (System Designs) หมายถึง การออกแบบกระบวนการ วิธีการแนวทาง ในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ เช่น การออกแบบระบบเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยนอก เป็นต้น

	๑๒. กลไก (Mechanism) หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบมีการขับเคลื่อนหรือดำเนินอยู่ได้ โดยมีการจัดสรรทรัพยากร มีการจัดองค์กร หน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคลเป็นผู้ดำเนินงาน เช่น มี MCH Board เพื่อขับเคลื่อนงานแม่และเด็ก เป็นต้น ๑๓. ระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล (Regulate Monitoring and Evaluation) หมายถึง กระบวนการ ขั้นตอน วิธีการ ในการ ตรวจสอบ การดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ตลอดจนการแก้ไขปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ ๑๔. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ของบุคคลหนึ่ง หรือกลุ่มบุคคลหนึ่งให้กับอีกบุคคลหนึ่งหรืออีกกลุ่มบุคคลหนึ่ง ด้วยความเต็มใจ ซึ่งอาจจะเป็นการแลกเปลี่ยนในสถานที่พบเจอกันหรือผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ และเกิดการต่อยอดความรู้ หรือเกิดการเผยแพร่ความรู้ให้กว้างขวางต่อไป ๑๕. ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หมายถึง ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุข ในการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ R๒R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ต้องเป็นผลงานที่มีการดำเนินการในช่วง ๑ ต.ค. ๒๕๖๕ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๖ และไม่เป็นผลงานที่เป็นวิทยานิพนธ์ /ไม่เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการเรียนการสอน/การศึกษาต่อ หรือไม่เป็นผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับให้สูงขึ้น (อวช.)										
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. เครือข่ายบริการสุขภาพมีผลงานวิจัย/ R๒R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ที่นำมาพัฒนาคน/พัฒนางาน/การให้บริการด้านสาธารณสุข/อื่นๆ ของหน่วยงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่และแก้ไขปัญหาตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ๒. เครือข่ายบริการสุขภาพมีการนำผลงานวิจัย/ R๒R/ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ไปใช้ประโยชน์ <table><tr><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๖</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๗</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๘</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๗๐</td></tr><tr><td>๒๖</td><td>๒๖</td><td>๒๖</td><td>๒๖</td><td>๒๖</td></tr></table>	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐							
๒๖	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖							
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยงานวิจัย/ R๒R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด										
กลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากเครือข่ายบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น										
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลผลงานวิจัย/R๒R/นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น										
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔										

แนวทางการประเมิน			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยง (Facilitator) และที่ปรึกษา ขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข ๒. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ พัฒนานวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ๓. มีระบบและกลไก ขับเคลื่อน/ระบบกำกับ ติดตามและประเมินผลการ พัฒนานวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพ	๑. การนำ/ดำเนินการตาม แผนงาน/โครงการ พัฒนานวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพไปปฏิบัติ ในพื้นที่จริง ๒. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผล	๑. มีรายงานความก้าวหน้า ผลการดำเนินงาน ๒. มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้ จากผลงานวิจัย/ R๒R/ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่ พัฒนาต่อยอดไปใช้ประโยชน์ ให้แก่หน่วยงานอื่น/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๓. มีการสำรวจ/สรุป จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่สำเร็จใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖/ ปรับปรุงข้อมูล อย่างต่อเนื่อง จากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา	๑. สรุปผลการดำเนินงาน/การจัดทำรายงานสรุป แผนงาน/โครงการ พร้อมข้อเสนอแนะ เสนอผู้บริหาร เพื่อเป็นข้อมูล ประกอบการพิจารณาเชิง นโยบายในการถ่ายทอด นวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ ๒. การมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานวิจัย/ R๒R/ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่แก้ไข ปัญหาตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่นกับทีมที่มีการ ดำเนินงานฯ อย่างน้อย ๑ เรื่อง
วิธีการประเมินผล	ประเมินผลจาก ๑. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่สามารถแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ๒. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด มีการใช้ประโยชน์ ทางการแพทย์ หรือการคุ้มครองผู้บริโภค หรือเชิงพาณิชย์		
เกณฑ์การประเมินผล	ข้อ ๑ หน่วยงานมีคณะกรรมการ/แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยง (Facilitator) และที่ปรึกษา ขับเคลื่อนองค์ ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ระดับเครือข่าย บริการสุขภาพ (CUP) ข้อ ๒ หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการ ระบบและกลไกขับเคลื่อน ระบบกำกับติดตามและ ประเมินผลการพัฒนานวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพ ข้อ ๓ หน่วยงานมีการนำ/ ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ การกำกับ ติดตาม และประเมินผล การพัฒนานวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพไปปฏิบัติในพื้นที่จริง ข้อ ๔ หน่วยงานมีรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน/ การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ นวัตกรรมที่ได้จากผลงานวิจัย/ R๒R/ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนา ต่อยอดไปใช้ประโยชน์ ให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้อ ๕ หน่วยงานมีผลงานหรือมีส่วนร่วมในการจัดทำผลงานวิจัย/ R๒R/ นวัตกรรมด้านบริหาร และด้านบริการสุขภาพ ที่แก้ไขปัญหาตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น		

การแปลผล	๑ = แก้ไขเร่งด่วน ๒ = แก้ไขด่วน ๓ = มาตรฐาน ๔ = ดีมาก ๕ = ต้นแบบ
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นายมนูญ เหมือนชาติ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) ๒. นางจิตเกษม เบ็ญจพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔ ๕๓๖ ๙๘๘๘ ๓. นางสาวบุษราคัม บุญหนองเหล่า นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓ ๓๗๑ ๒๖๔๙ งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development : HRD) กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๑๓

ยุทธศาสตร์ที่ ๔	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บุคลากรเป็นมืออาชีพ บริหารด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล
เป้าประสงค์ที่ ๙	สถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน
ตัวชี้วัดกระทรวง	K ๕๒: ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓ K ๕๓: สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)
ชื่อตัวชี้วัด	๓๖. จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน HA และระบบบริการก้าวหน้า (EMS)
คำนิยาม	• HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีกระบวนการรับรอง ๓ ขั้น ดังนี้ - HA ขั้นที่ ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ขั้นที่ ๒ หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ขั้น ๒ - HA ขั้นที่ ๓ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน • การบริหารจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาล (๒P safety) หมายถึง การเฝ้าระวังเหตุการณ์ อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางป้องกันความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Patient and Personal Safety) • ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล หมายถึง ระบบการทำงานที่สำคัญของโรงพยาบาล ดังนี้ การบริหารคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบเวชระเบียน ระบบการจัดการด้านยา การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการทำงานกับชุมชน • การพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) คือ การพัฒนาสถานบริการให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้างการจัดบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ให้มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานและสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนประกอบด้วย ๓ ด้าน ๑.สิ่งแวดล้อมดี (Environment): การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการทั้งภายใน และภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการ ที่คำนึงถึงความปลอดภัย และลดผลกระทบต่อชุมชน ๒.ความทันสมัย (Modernization): การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการ

	บริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ๓.บริการด้วยหัวใจ (Smart Service): การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการ จนเกิดผลตอบรับด้วยความพึงพอใจและเกิดความรู้สึกรักพิเศษ • การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๑. บูรณาการกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน (HA) และระบบบริการก้าวหน้า (EMS) เกิดผลลัพธ์จากการจัดรูปแบบ/การปรับปรุงกระบวนการให้บริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อ ๑)ให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน (๒P Safety) ๒) เพื่อลดความแออัดลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการ ๓)เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ๒. ประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล ในมิติด้านการพัฒนาองค์กรที่สอดคล้องกับการพัฒนาสถานพยาบาล ตามนโยบาย EMS ประกอบด้วย ๓ ด้าน คือ ด้านสิ่งแวดล้อมดี (Environment) ด้านความทันสมัย (Modernization) และด้านบริการด้วยหัวใจ (Smart Service) • โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน ๒๖ แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๒ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๑๙ แห่ง และโรงพยาบาล F๓ ๔ แห่ง โดยแบ่งสถานการณการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้ ๑) กลุ่มโรงพยาบาลที่เตรียมรับการรับรองคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ และเตรียมรับการรับรองซ้ำ (Re-Accreditation) หรือ โรงพยาบาลที่มีผลการ Re-Accreditation ครั้งต่างๆ แต่ผลการรับรองหมดอายุ (e) และอยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง จำนวน ๑๐ แห่ง ได้แก่ กระนวน, บ้านฝาง, น้ำพอง, เขาสวนกวาง, หนองสองห้อง, เปือยน้อย, ชุมแพ, ภูผาม่าน, ชำสูง, แวงใหญ่ ๒) กลุ่มโรงพยาบาลที่ธำรงรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขั้น ๓ และยังคงพัฒนาคุณภาพ เพื่อธำรงรักษากระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA อย่างต่อเนื่อง จำนวน ๑๒ แห่ง ได้แก่ ขอนแก่น, สิรินคร จังหวัดขอนแก่น, พระยืน, หนองเรือ, อุบลรัตน์, มัญจาคีรี, ชนบท, ภูเวียง, สีชมพู, แวงน้อย, บ้านไผ่, พล ๓) กลุ่มโรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้น ๒ หมายถึง โรงพยาบาลขนาดเล็ก(F๓) จำนวน ๔ แห่ง คือ โนนศิลา, โคกโพธิ์ไชย, เวียงเก่า, หนองนาคำ
	สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS ดังนี้

เกณฑ์เป้าหมาย					
รายการ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน EMS	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
เกณฑ์ The must					
- รพศ/รพท. (๓แห่ง)	๖๐% (๒/๒๖)	๗๐% (๒/๒๖)	๘๐% (๒/๒๖)	๙๐% (๓/๒๖)	๑๐๐% (๓/๒๖)
- รพช. (๒๓แห่ง)	๖๐% (๑๔/๒๓)	๗๐% (๑๖/๒๓)	๘๐% (๑๘/๒๓)	๙๐% (๒๑/๒๓)	๑๐๐% (๒๓/๒๓)
เกณฑ์ The best ระดับเขต	๒	≥ร้อยละ๑๐	≥ร้อยละ๑๕	≥ร้อยละ๒๐	≥ร้อยละ๒๐
- รพศ/รพท./รพช. (๒๖แห่ง)	๔% (๑/๒๖)	๘% (๒/๒๖)	๑๕% (๔/๒๖)	๒๓% (๖/๒๖)	๓๐% (๘/๒๖)
วัตถุประสงค์	รพศ./รพท./รพช. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ชั้น ๓ และพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ นำเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่เพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัย ทำให้ผู้รับบริการมีความสะดวกสบายและเกิดความพึงพอใจ				
กลุ่มเป้าหมาย	๒๖ โรงพยาบาล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.ระบบรายงานข้อมูลของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.ขอนแก่น ๒.ระบบรายงานข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) www.ha.or.th/สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง)				
แหล่งข้อมูล/ข้อมูล สนับสนุน	๑.ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) (สรพ.) www.ha.or.th สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง ๒.ข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานการณ์รับรองคุณภาพ HA สสจ.ขอนแก่น ๓.ข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (๒P safety) สสจ.ขอนแก่น ๔.ข้อมูลรายงานการประเมินตนเองการดำเนินงาน EMS และการจัดทำแผนงาน/โครงการ				
รายการข้อมูล	๑.ผลการรับรองคุณภาพ HA ของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ๒.รายงานข้อมูลเฝ้าระวังความเสี่ยง ๒P safety ๓.รายงานการประเมินตนเองการพัฒนาสถานพยาบาลดำเนินงาน EMS ไตรมาส ๑-๔ ๔.แผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการที่สอดคล้องกับนโยบาย EMS ของโรงพยาบาล ๕.ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๓ และ ๔				

เกณฑ์การประเมินผล	๑) กลุ่มโรงพยาบาลที่เตรียมรับการรับรองคุณภาพ จำนวน ๑๐ แห่ง ได้แก่ กระนวน, บ้านฝาง, น้ำพอง, เขาสวนกวาง, หนองสองห้อง, เปือยน้อย, ชุมแพ, ภูผาม่าน, ชำสูง, แวงใหญ่	
	๒. กลุ่มโรงพยาบาลที่ดำรงรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๑๒ แห่ง ได้แก่ ขอนแก่น, สิรินธร จังหวัดขอนแก่น, พระยืน, หนองเรือ, อุบลรัตน์, มัญจาคีรี, ชนบท, ภูเวียง, สีชมพู , แวงน้อย, พล, บ้านไผ่	
	รายละเอียด	
	๑. การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน	
	๑.๑ ไม่ผ่าน การประเมิน	
	๑.๒ ได้รับการกำหนดวันเยี่ยมสำรวจ/ ประเมิน ผ่าน /ผ่านแบบมีเงื่อนไข	
	๒. การบริหารจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาล (๒P Safety)	
	- รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (๒Psafety) กรณีเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยระดับ E ขึ้นไป ***ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน	
	๒.๑ ไม่รายงาน	
	๒.๒ รายงานแต่ไม่ครบ	
	๒.๓ รายงานครบ	
	๓. การจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS ๓ ด้าน ประกอบด้วย ๑) Environment ๓) Modernization ๒) Smart Service	
	๓.๑ ไม่ได้จัดทำแผนงานโครงการฯ EMS	
	๓.๒ จัดทำแผนงานโครงการฯ EMS ๑ - ๒ ด้าน	
	๓.๓ จัดทำแผนงาน/โครงการฯ EMS ครบ ๓ ด้าน	
	๔.การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS	
	๔.๑ ไม่มีการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการฯ EMS	
	๔.๒ ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการฯ EMS บางด้าน หรือ ดำเนินบางส่วน	
	๔.๓ ดำเนินการตามแผนตามแผนงาน/โครงการฯ EMS ครบ ๓ ด้าน	
	๕.การประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล	
	๕.๑ ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการ	
	๕.๒ ผลการประเมินความพึงพอใจ ≤ ๘๕	
	๕.๓ ผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ ๘๕	

	๓) กลุ่มโรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขึ้น ๒ ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดเล็ก(F๓) ๔ แห่ง ได้แก่ โนนศิลา, โคกโพธิ์ไชย, เวียงเก่า, หนองนาคำ <table><tr><th>รายละเอียด</th></tr><tr><td>๑.การดำเนินงานด้านความปลอดภัย: ในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล</td></tr><tr><td>๑.๑ ระบุปัญหา / ความเสี่ยง และ แสดงอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น (รายงาน ๑-๒ ระบบงาน)</td></tr><tr><td>๑.๒ แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกัน หรือ แก้ไขความเสี่ยง และผลการดำเนินงาน</td></tr><tr><td>๒.การบริหารจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาล (๒P Safety) - รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (๒P safety) กรณีเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ที่มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป)***ภายในวันที่๑๐ของทุกเดือน</td></tr><tr><td>๒.๑ ไม่รายงาน</td></tr><tr><td>๒.๒ รายงานแต่ไม่ครบ</td></tr><tr><td>๒.๓ รายงานครบ</td></tr><tr><td>๓.การจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS ๓ ด้าน ประกอบด้วย ๑) Environment ๓) Modernization ๒) Smart Service</td></tr><tr><td>๓.๑ ไม่ได้จัดทำแผนงานโครงการฯ EMS</td></tr><tr><td>๓.๒ จัดทำแผนงานโครงการฯ EMS ๑ - ๒ ด้าน</td></tr><tr><td>๓.๓ จัดทำแผนงาน/โครงการฯ EMS ครบ ๓ ด้าน</td></tr><tr><td>๔.การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS</td></tr><tr><td>๔.๑ ไม่มีการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการฯ EMS</td></tr><tr><td>๔.๒ ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการฯ EMS บางด้าน หรือ ดำเนินบางส่วน</td></tr><tr><td>๔.๓ ดำเนินการตามแผนตามแผนงาน/โครงการฯ EMS ครบ ๓ ด้าน</td></tr><tr><td>๕.การประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล</td></tr><tr><td>๕.๑ ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการ</td></tr><tr><td>๕.๒ ผลการประเมินความพึงพอใจ ≤ ๘๕</td></tr><tr><td>๕.๓ ผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ ๘๕</td></tr></table>	รายละเอียด	๑.การดำเนินงานด้านความปลอดภัย: ในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	๑.๑ ระบุปัญหา / ความเสี่ยง และ แสดงอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น (รายงาน ๑-๒ ระบบงาน)	๑.๒ แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกัน หรือ แก้ไขความเสี่ยง และผลการดำเนินงาน	๒.การบริหารจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาล (๒P Safety) - รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (๒P safety) กรณีเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ที่มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป)***ภายในวันที่๑๐ของทุกเดือน	๒.๑ ไม่รายงาน	๒.๒ รายงานแต่ไม่ครบ	๒.๓ รายงานครบ	๓.การจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS ๓ ด้าน ประกอบด้วย ๑) Environment ๓) Modernization ๒) Smart Service	๓.๑ ไม่ได้จัดทำแผนงานโครงการฯ EMS	๓.๒ จัดทำแผนงานโครงการฯ EMS ๑ - ๒ ด้าน	๓.๓ จัดทำแผนงาน/โครงการฯ EMS ครบ ๓ ด้าน	๔.การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS	๔.๑ ไม่มีการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการฯ EMS	๔.๒ ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการฯ EMS บางด้าน หรือ ดำเนินบางส่วน	๔.๓ ดำเนินการตามแผนตามแผนงาน/โครงการฯ EMS ครบ ๓ ด้าน	๕.การประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล	๕.๑ ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการ	๕.๒ ผลการประเมินความพึงพอใจ ≤ ๘๕	๕.๓ ผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ ๘๕
รายละเอียด																					
๑.การดำเนินงานด้านความปลอดภัย: ในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล																					
๑.๑ ระบุปัญหา / ความเสี่ยง และ แสดงอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น (รายงาน ๑-๒ ระบบงาน)																					
๑.๒ แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกัน หรือ แก้ไขความเสี่ยง และผลการดำเนินงาน																					
๒.การบริหารจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาล (๒P Safety) - รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (๒P safety) กรณีเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ที่มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป)***ภายในวันที่๑๐ของทุกเดือน																					
๒.๑ ไม่รายงาน																					
๒.๒ รายงานแต่ไม่ครบ																					
๒.๓ รายงานครบ																					
๓.การจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS ๓ ด้าน ประกอบด้วย ๑) Environment ๓) Modernization ๒) Smart Service																					
๓.๑ ไม่ได้จัดทำแผนงานโครงการฯ EMS																					
๓.๒ จัดทำแผนงานโครงการฯ EMS ๑ - ๒ ด้าน																					
๓.๓ จัดทำแผนงาน/โครงการฯ EMS ครบ ๓ ด้าน																					
๔.การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS																					
๔.๑ ไม่มีการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการฯ EMS																					
๔.๒ ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการฯ EMS บางด้าน หรือ ดำเนินบางส่วน																					
๔.๓ ดำเนินการตามแผนตามแผนงาน/โครงการฯ EMS ครบ ๓ ด้าน																					
๕.การประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล																					
๕.๑ ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการ																					
๕.๒ ผลการประเมินความพึงพอใจ ≤ ๘๕																					
๕.๓ ผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ ๘๕																					
วิธีการประเมินผล	๑.ประเมินผลการรับรองคุณภาพ จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)(สรพ.) www.ha.or.th/สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง ๒.รายงานการประเมินตนเองการดำเนินงาน EMS รายไตรมาส และการจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ๓.ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นจะส่ง QR code ให้ รพ.เป็นผู้ดำเนินการสำรวจในระหว่างวันที่ ๑- ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ๔.ติดตามกระบวนการดำเนินงานในการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับ CUP																				

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงาน ย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)					
	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
	โรงพยาบาลศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นางประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๖๒-๖๑๔๘๒๓๑ ๒. นางนุศรินทร์ แพงมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๙-๙๔๔๖๗๗๙ ๓. นางศิริมา นามประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ โทรศัพท์ ๐-๔๓๒๒-๑๑๒๕ ต่อ ๑๒๒ , ๐๘๑-๙๗๕๗๖๑๖ E-mail: hakhonkaen๖๓@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น				

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๒๐๙

ข้อมูลสถานการณ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ข้อมูล ณ ๗ พ.ย.๖๕)									
ลำดับ	รพ.	สังกัด	ขนาด	Acc./Re . Acc. ปี ๖๕	ชั้น Acc.	วันสิ้นสุดการรับรองเดิม	วันที่รับรอง	วันสิ้นสุดการรับรองใหม่	หมายเหตุ
กลุ่ม ๑ Re. acc. ปี ๖๖									
๑	กระนวน	สป.	M๒	r๑	ขึ้น๓	๒๓ ก.ค. ๖๔			รอตรวจเยี่ยม
๒	บ้านฝาง*	สป.	F๒	r๓	ขึ้น๓	๒๖พ.ย. ๖๔			รอตรวจเยี่ยม
๓	น้ำพอง	สป.	F๑	r๓	ขึ้น๓	๒๒ ก.ค. ๖๕			รอตรวจเยี่ยม
๔	เขาสวนกวาง	สป.	F๒	r๒	ขึ้น๓	๒๐ ม.ค. ๖๖			
๕	เวียงใหญ่	สป.	F๒	r๓	ขึ้น๓	-	๒๕ ก.ค.๖๔	๒๔ ก.ค. ๖๖	ลดรูป
๖	เปือยน้อย	สป.	F๒	r๓	ขึ้น๓	-	๘ ส.ค. ๖๔	๗ ส.ค. ๖๖	ลดรูป
๗	หนองสองห้อง	สป.	F๒	r๓	ขึ้น๓	๒๒ก.ย. ๖๖			
๘	ชุมแพ	สป.	M๑	r๓	ขึ้น๓	-	๒๖ ก.ย.๖๔	๒๕ ก.ย. ๖๖	ลดรูป
๙	ภูผาม่าน	สป.	F๒	r๓	ขึ้น๓	-	๑๐ ต.ค.๖๔	๙ ต.ค. ๖๖	ลดรูป
๑๐	ข้าสูง	สป.	F๒	Acc.	ขึ้น๓	-	๒๑ พ.ย.๖๔	๒๐ พ.ย. ๖๖	ลดรูป
กลุ่ม ๒ อ้างคุณภาพปี ๖๖									
๑	ขอนแก่น	สป.	A	r๖	ขึ้น๓	๒๖ กพ. ๖๔	๒๗ .พ. ๖๔	๒๖ ก.พ. ๖๗	
๒	พระยืน	สป.	F๒	r๔	ขึ้น๓	๒๖ มี.ค ๖๔	๒๗มี.ค ๖๔	๒๖ มี.ค ๖๗	site visit
๓	หนองเรือ	สป.	F๑	r๓	ขึ้น๓	๒๓ เม.ย ๖๔	๒๔ เม.ย๖๔	๒๓ เม.ย ๖๗	
๔	อุบลรัตน์	สป.	F๒	r๔	ขึ้น๓	๒๕ พ.ค ๖๔	๒๖พ.ค.๖๔	๒๕ พ.ค.๖๗	site visit
๕	ชนบท	สป.	F๒	r๓	ขึ้น๓	๑๑ มิ.ย. ๖๔	๑๒ มิ.ย.๖๔	๑๑ มิ.ย. ๖๗	ลดรูป
๖	มัญจาคีรี	สป.	F๑	r๓	ขึ้น๓	๒๕ มิ.ย. ๖๔	๒๖ มิ.ย.๖๔	๒๕ มิ.ย. ๖๗	ลดรูป
๗	ภูเวียง	สป.	F๑	r๓	ขึ้น๓	๒๓ ก.ค. ๖๔	๒๔ ก.ค.๖๔	๒๓ ก.ย. ๖๗	ลดรูป

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) หน้า ๒๑๐

[illegible]

ยุทธศาสตร์ที่ ๔	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บุคลากรเป็นมืออาชีพ บริหารด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล												
เป้าประสงค์ที่ ๙	หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน												
ตัวชี้วัดกระทรวง	K ๕๑ : ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด												
ชื่อตัวชี้วัด	๓๘. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA Plus)												
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๒ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์กร หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ ๑. การดำเนินการในปีที่ผ่านมา กพร. สป. ได้กำหนดให้ดำเนินการ ดังนี้ ๑.๑ จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม ๑.๒ ดำเนินการภาคบังคับในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ปีละ ๒ หมวด และปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ <table border="1"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th><th>ภาคบังคับ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๑</td><td>หมวด ๑,หมวด ๕</td></tr> <tr> <td>๒๕๖๒</td><td>หมวด ๒,หมวด ๔</td></tr> <tr> <td>๒๕๖๓</td><td>หมวด ๓,หมวด ๖</td></tr> <tr> <td>๒๕๖๔</td><td>หมวด ๑- ๖</td></tr> <tr> <td>๒๕๖๕</td><td>หมวด ๑- ๖</td></tr> </tbody> </table> ๑.๓ นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ที่ได้จากการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน ๑.๔ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ ๒ ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ ๑.๕ ให้ สสอ. กำหนดตัวชี้วัดหมวดละ ๕ ตัวชี้วัด ตามหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ ๗.๑-๗.๖ ให้มีความสอดคล้องกับ OFI (Opportunity for Improvement) พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ๑.๖ ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรของ สสอ. ๑.๗ จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบเว็บไซต์ ๒.ปี ๒๕๖๖ วัดผลลัพธ์หมวด ๗ ผลการดำเนินการ โดยคัดเลือกตัวชี้วัดที่แสดงผลสัมฤทธิ์ขององค์กร และมีการ Benchmark	พ.ศ.	ภาคบังคับ	๒๕๖๑	หมวด ๑,หมวด ๕	๒๕๖๒	หมวด ๒,หมวด ๔	๒๕๖๓	หมวด ๓,หมวด ๖	๒๕๖๔	หมวด ๑- ๖	๒๕๖๕	หมวด ๑- ๖
พ.ศ.	ภาคบังคับ												
๒๕๖๑	หมวด ๑,หมวด ๕												
๒๕๖๒	หมวด ๒,หมวด ๔												
๒๕๖๓	หมวด ๓,หมวด ๖												
๒๕๖๔	หมวด ๑- ๖												
๒๕๖๕	หมวด ๑- ๖												

เกณฑ์เป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ ๕										
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐						
	๒๔	๒๕	๒๖	๒๖	๒๖						
วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง										
กลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๒๖ แห่ง										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดทำแบบประเมินตนเอง และส่งรายงานความก้าวหน้าตามรอบ ๓ / ๖ / ๙ / ๑๒ เดือน ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผ่าน E-mail : hakhonkaen๖๓@gmail.com ภายในระยะเวลาที่กำหนด										
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	๑.ระบบรายงานข้อมูลของเว็บไซต์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒.ระบบรายงานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด = (A / B) x ๑๐๐ A คือ จำนวนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด B คือ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด (๒๖ แห่ง)										
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานรอบ ๓ เดือน , ๖ เดือน และ ๙ เดือน										
เกณฑ์การประเมินผล	<table><tr><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th></tr><tr><td>๑.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรครบ ๑๓ คำถาม ๒.กำหนดตัวชี้วัดที่แสดงผลสัมฤทธิ์ขององค์กรหมวด ๑ - หมวด ๖ หัวข้อ ๗.๑-๗.๖ ๓.กำหนดการ Benchmark (กำหนดส่งรายงานผล วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖</td><td>๑.ผลลัพธ์ตัวชี้วัด ๖ เดือน (กำหนดส่งรายงานผล วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๖)</td><td>๑.ผลลัพธ์ตัวชี้วัด ๙ เดือน ๒.ผลการประเมิน Core Value ขององค์กร ๓.ผลการ Benchmark (กำหนดส่งรายงานผล วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖)</td></tr></table>					รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	๑.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรครบ ๑๓ คำถาม ๒.กำหนดตัวชี้วัดที่แสดงผลสัมฤทธิ์ขององค์กรหมวด ๑ - หมวด ๖ หัวข้อ ๗.๑-๗.๖ ๓.กำหนดการ Benchmark (กำหนดส่งรายงานผล วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖	๑.ผลลัพธ์ตัวชี้วัด ๖ เดือน (กำหนดส่งรายงานผล วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๖)	๑.ผลลัพธ์ตัวชี้วัด ๙ เดือน ๒.ผลการประเมิน Core Value ขององค์กร ๓.ผลการ Benchmark (กำหนดส่งรายงานผล วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖)
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน								
๑.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรครบ ๑๓ คำถาม ๒.กำหนดตัวชี้วัดที่แสดงผลสัมฤทธิ์ขององค์กรหมวด ๑ - หมวด ๖ หัวข้อ ๗.๑-๗.๖ ๓.กำหนดการ Benchmark (กำหนดส่งรายงานผล วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖	๑.ผลลัพธ์ตัวชี้วัด ๖ เดือน (กำหนดส่งรายงานผล วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๖)	๑.ผลลัพธ์ตัวชี้วัด ๙ เดือน ๒.ผลการประเมิน Core Value ขององค์กร ๓.ผลการ Benchmark (กำหนดส่งรายงานผล วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖)									
วิธีการประเมินผล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดทำแบบประเมินตนเอง และส่งรายงานความก้าวหน้าตามเกณฑ์ Small Success รอบ ๓ / ๖ / ๙ / ๑๒ เดือน ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์										

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงาน ย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕)	Baseline Data ปี ๒๕๖๕ (๙ เดือน)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
	๒๔/๒๖ แห่ง ๙๒.๓๐	จำนวน ร้อยละ	๒๔/๒๖ แห่ง ๙๒.๓๐	๒๓/๒๖ แห่ง ๘๘.๔๖	๒๔/๒๖ แห่ง ๙๒.๓๐	๒๖/๒๖ แห่ง ๑๐๐
ผลการดำเนินการ PMQA สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดขอนแก่น ปี ๒๕๖๕						
ลำดับ	สสอ.	ปี ๒๕๖๕				
๑	เมือง	๑๐๐				
๒	บ้านฝาง	๑๐๐				
๓	พระยืน	๑๐๐				
๔	หนองเรือ	๑๐๐				
๕	ชุมแพ	๑๐๐				
๖	สีชมพู	๑๐๐				
๗	น้ำพอง	๑๐๐				
๘	อุบลรัตน์	๑๐๐				
๙	กระนวน	๑๐๐				
๑๐	บ้านไผ่	๑๐๐				
๑๑	เปือยน้อย	๑๐๐				
๑๒	พล	๑๐๐				
๑๓	วางใหญ่	๑๐๐				
๑๔	วางน้อย	๑๐๐				
๑๕	หนองสองห้อง	๑๐๐				
๑๖	ภูเวียง	๑๐๐				
๑๗	มัญจาคีรี	๑๐๐				
๑๘	ชนบท	๑๐๐				
๑๙	เขาสวนกวาง	๑๐๐				
๒๐	ภูผาม่าน	๖๐				
๒๑	ซำสูง	๑๐๐				
๒๒	โคกโพธิ์ไชย	๑๐๐				
๒๓	หนองนาคำ	๑๐๐				
๒๔	บ้านแฮด	๘๐				
๒๕	เวียงเก่า	๑๐๐				
๒๖	โนนศิลา	๑๐๐				

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑.นางนุชศรินทร์ แพงมา โทร.๐-๔๓๒๒-๑๑๒๕ ต่อ ๑๒๒ โทรสาร ๐-๔๓๒๒-๔๐๓๗ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มือถือ ๐๘-๙๙๔๔-๖๗๗๙ E-mail : hakhonkaen๖๓@gmail.com ๒.นางประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ โทร.๐-๔๓๒๒-๑๑๒๕ ต่อ ๑๒๒ โทรสาร ๐-๔๓๒๒-๔๐๓๗ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มือถือ ๐๖-๒๖๑๔-๘๒๓๑ E-mail : hakhonkaen๖๓@gmail.com
-----------------------	--

ยุทธศาสตร์ที่ ๔	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บุคลากรเป็นมืออาชีพ บริหารด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล
เป้าประสงค์ที่ ๙	หน่วยงานสาธารณสุขมีความเข้มแข็งทางการเงินบนฐานธรรมาภิบาล
ตัวชี้วัด	๓๙. จำนวนโรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	ส่วนที่ ๑ ใช้เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ๕ มิติ ในมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC) ที่กำหนดโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป. และกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. ดังนี้ ๑.๑ จัดตั้งงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (ตามโครงสร้าง หนังสือ ๖๓๗๐๗ ลงวันที่ ๑๔ มิ.ย. ๒๕๖๐) ๑) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลของหน่วยงาน ๒) มีคำสั่ง หรือ มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ๗ สิทธิ ๓) มี Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ๔ สิทธิ ๔) มีคำสั่ง หรือ มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน Audit Chart เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียน ๕) มีการประชุมวิเคราะห์การจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล เพื่อเสนอผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ (อย่างน้อยไม่เกิน ๓ เดือน) ๑.๒ การบันทึกข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล ๑) ผู้ป่วยนอก (OPD) จัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลแยกรายละเอียดลูกหนี้รายตัว ๗ สิทธิ ๒) ผู้ป่วยใน (IPD) จัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลแยกรายละเอียดลูกหนี้รายตัว ๗ สิทธิ ๓) ผู้รับผิดชอบจัดเก็บรายได้ส่งรายงานค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง ให้กับงานบัญชี ๔) หน่วยงานมีการปรับเปลี่ยนอัตราค่าบริการหรือค่ารักษาพยาบาลตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามอัตราประกาศหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง ๕) กรณีได้รับชำระค่ารักษาพยาบาลงานจัดเก็บรายได้ มีการติดตามหลักฐานการชำระเงินนี้ค่ารักษาพยาบาลทุกครั้ง ๑.๓ กระบวนการเร่งรัดติดตามการเรียกเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ๑) บันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD) สิทธิบัตรทอง (UC) และเรียกเก็บทันเวลาภายใน ๓๐ วัน ๒) กำหนดผู้รับผิดชอบด้านการเร่งรัดติดตามหนี้ค้างชำระและผู้รับผิดชอบการรับชำระหนี้ แยกออกจากกัน ๓) มีการเร่งรัดติดตามการชำระหนี้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน ๔) กระบวนการส่งคสมสเคราะห์/อนุเคราะห์ ๑.๔ มีระบบการติดตามอย่างต่อเนื่องทุกสิ้นเดือน ๑) รายงานลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิทุกสิ้นเดือนเสนอหัวหน้าหน่วยงาน ๒) สอบย้อนยอดความมีอยู่จริงของลูกหนี้คงเหลือ ณ วันสิ้นปีงบประมาณกับ

	กรมบัญชีกลางและกองทุนประกันสังคม ส่วนที่ ๒ การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V ๓.๐ (TPS) น้ำหนักเน้นในเรื่องต่อไปนี้ ๒.๑ ประเมินการดำเนินงานในตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) ๑) การบริหารแผนทางการเงิน (Plan fin)เปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน ๕% - มิติรายได้ - มิติค่าใช้จ่าย ๒) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน - ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีไ้ยา ≤ ๙๐ วัน หรือ ≤ ๑๘๐ วัน - ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ≤๖๐ วัน - ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ ≤๖๐ วัน - การบริหารสินคงคลัง (Inventory Management) ≤ ๖๐ วัน ยกเว้น รพ.พื้นที่เกาะ ≤ ๙๐ วัน ๓) การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย - Unit Cost for OP - Unit Cost for IP - LC ค่าแรงบุคลากร - MC ค่ายา - MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ - MC ค่าเวชภัณฑ์มีไ้ยาและวัสดุการแพทย์ ๔) คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น ๕) ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ - อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน ≥ ๘๐ % - Sum of Adj RW เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น ๕ %										
	๒.๒ ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน (Operating Indicators) ๑) ความสามารถในการทำกำไร - ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) - อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) - ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ≥๐ ๒) การวัดสภาพคล่องทางการเงิน - ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) ≥๐ - Cash Ratio ≥๐.๘										
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การดำเนินการ ระดับ ๔ ขึ้นไป ทุกแห่ง <table><tr><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๖</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๗</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๘</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๗๐</td></tr><tr><td>๒๔</td><td>๒๖</td><td>๒๖</td><td>๒๖</td><td>๒๖</td></tr></table>	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	๒๔	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐							
๒๔	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖							

วัตถุประสงค์	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ในจังหวัดขอนแก่น มีการบริหารการเงิน การคลังอย่างมีประสิทธิภาพไม่มีความเสี่ยงด้านการเงิน (ระดับ ๔-๗) ศูนย์จัดเก็บรายได้มี คุณภาพ												
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน ๒๖ แห่ง												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามรอบประเมินผล CUP ๒ ครั้ง/ปี โดยกำกับติดตามข้อมูล ผ่านกระบวนการบริหาร การเงินการคลังระดับจังหวัด และผลงานตามแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง												
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลที่รับการตรวจประเมิน กลุ่มงานตรวจสอบภายใน สป. และกลุ่มงานพัฒนา ระบบการเงินการคลัง กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ สป.สธ.												
รายการข้อมูล	๑. สรุปผลการประเมินมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบการควบคุม ภายใน (Internal Control : IC) จากหน้าเว็บไซต์กลุ่มงานตรวจสอบภายใน สป. ๒. งบทางการเงิน จากงบทดลอง และผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน ของโรงพยาบาล ๓. รายงานการประชุม และรายงานที่กำหนดให้ส่งจังหวัด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. คะแนนประเมินมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC) ที่กำหนดโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. เว็บไซต์ https://iad.moph.go.th คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน ๒. ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนน ประสิทธิภาพ Total Performance Score V ๓.๐ (TPS) <u>รายได้ไตรมาส</u> ในเว็บไซต์ http://hfo.cfo.in.th ไตรมาสล่าสุด คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน												
ระยะเวลาประเมินผล	๒ ครั้ง/ปี ตามรอบการประเมินผล CUP												
เกณฑ์การประเมิน	: องค์ประกอบการประเมินข้อมูล ๒ ส่วน (ส่วนที่ ๑ = ๑๐๐ คะแนน ส่วนที่ ๒ = ๑๐๐ คะแนน ดังนี้ ส่วนที่ ๑ ใช้เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ๕ มิติ ในมิติด้าน การจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC) ที่กำหนดโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป. และกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. โดยคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน ตามการประเมินโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. รายละเอียดตามเอกสารประกอบ ๑ ส่วนที่ ๒ การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้ คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V ๓.๐ (TPS) คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนนโดยให้คะแนนตามผลการประเมิน โดยกองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ รายละเอียดตามเอกสารประกอบ ๒ ดังนี้ <table><tr><td>เกรด</td><td>เกรด A</td><td>เกรด B</td><td>เกรด C</td><td>เกรด D</td><td>เกรด F</td></tr><tr><td>คะแนนที่ได้</td><td>๑๐๐</td><td>๘๐</td><td>๗๐</td><td>๖๐</td><td>๕๐</td></tr></table> นำคะแนนที่ได้ทั้ง ๒ ส่วน มาบวกกันแล้วหาร ๒ เพื่อวัดระดับการดำเนินงาน	เกรด	เกรด A	เกรด B	เกรด C	เกรด D	เกรด F	คะแนนที่ได้	๑๐๐	๘๐	๗๐	๖๐	๕๐
เกรด	เกรด A	เกรด B	เกรด C	เกรด D	เกรด F								
คะแนนที่ได้	๑๐๐	๘๐	๗๐	๖๐	๕๐								

วิธีการประเมิน	คะแนนที่ได้แบ่งระดับการดำเนินการเป็น ๕ ระดับ ตามคะแนนดังนี้																	
	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕													
	๖๕-๖๙	๗๐-๗๔	๗๕-๗๙	๘๐-๘๔	๘๕ ขึ้นไป													
	เกณฑ์การดำเนินการปี ๒๕๖๖ จำนวนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การดำเนินการระดับ ๕ ขึ้นไป ๑๒ แห่ง และเป้าหมาย ในปีต่อไป ดังนี้																	
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐													
	๑๒ แห่ง	๑๖ แห่ง	๒๐ แห่ง	๒๔ แห่ง	๒๖ แห่ง													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ๕ มิติ ในมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC) ที่กำหนดโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. (เว็บไซต์ https://iad.moph.go.th) และผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V ๓.๐ (TPS) ที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป. (เว็บไซต์ https://hfo.moph.go.th) คำนวณผลการดำเนินงานดังนี้ <table><tr><th rowspan="2">Baseline Data (ปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๓)</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๓</th><th>๒๕๖๔</th><th>๒๕๖๕</th></tr><tr><td>ร้อยละ ๖๖.๙๒ (๗ แห่ง)</td><td>จำนวน รพ.</td><td>ร้อยละ ๑๕.๓๘ (๔ แห่ง)</td><td>ร้อยละ ๑๕.๓๘ (๔ แห่ง)</td><td>ร้อยละ ๖๖.๙๒ (๗ แห่ง)</td></tr></table>					Baseline Data (ปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๓)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	ร้อยละ ๖๖.๙๒ (๗ แห่ง)	จำนวน รพ.	ร้อยละ ๑๕.๓๘ (๔ แห่ง)	ร้อยละ ๑๕.๓๘ (๔ แห่ง)	ร้อยละ ๖๖.๙๒ (๗ แห่ง)
Baseline Data (ปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๓)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕														
ร้อยละ ๖๖.๙๒ (๗ แห่ง)	จำนวน รพ.	ร้อยละ ๑๕.๓๘ (๔ แห่ง)	ร้อยละ ๑๕.๓๘ (๔ แห่ง)	ร้อยละ ๖๖.๙๒ (๗ แห่ง)														
วิธีการรายงาน/ประเมินผล	๑. ตามรอบประเมินผล CUP ๒ ครั้ง/ปี โดยโรงพยาบาลประเมินตนเองตามเอกสารประกอบการประเมิน พร้อมส่งให้กลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.ขอนแก่น ก่อนออกประเมินจริง ๒. ใช้ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ๕ มิติ ในมิติด้านการจัดเก็บรายได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC) ที่กำหนดโดยกลุ่มตรวจสอบภายใน สป. และผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ Total Performance Score V ๓.๐ (TPS) ที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขคำนวณและเผยแพร่																	
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นางบัวลักษณ์ จันทระ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๖๐-๑ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๔-๒๖๐๑๙๕๐ E-mail : bualuk.j@gmail.com ๒.นายชัชวาลย์ มุ่งแสง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๖-๖๔๓๔๘๐๑ E-mail : chatchawan.m@gmail.com ๓. นางมลิวรรณ มะลิตัน เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี โทรศัพท์ ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ ต่อ ๑๕๓ โทรศัพท์มือถือ ๐๙๑-๐๖๔๕๐๔๓ E-mail : maliwan.financial@hotmail.co.th																	

ยุทธศาสตร์ที่ ๔	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บุคลากรเป็นมืออาชีพ บริหารด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล																											
เป้าประสงค์ที่ ๑๐	หน่วยงาน มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ																											
ชื่อตัวชี้วัด	๔๐. จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)																											
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดเปิดเผยมากขึ้น โปร่งใสมากขึ้น (More open, to more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญ ของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหาร และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ แพลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมิน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูล ในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อ จัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัด การส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการรับสินบน (๖) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต และ (๘) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร																											
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) <table><tr><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๖</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๗</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๘</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</td><td>ปีงบประมาณ ๒๕๗๐</td></tr><tr><td>๕๒</td><td>๕๒</td><td>๕๒</td><td>๕๒</td><td>๕๒</td></tr></table> ผลการประเมินได้คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใส >๙๒ คะแนนขึ้นไป <table><tr><td>ระดับ</td><td>สูงมาก</td><td>สูง</td><td>ปานกลาง</td><td>ต่ำ</td><td>ต่ำมาก</td></tr><tr><td>คะแนน</td><td>๙๕-๑๐๐</td><td>๘๕-๙๔.๙๙</td><td>๗๕-๘๔.๙๙</td><td>๖๕-๗๔.๙๙</td><td>๐-๖๔.๙๙</td></tr></table>						ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	๕๒	๕๒	๕๒	๕๒	๕๒	ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก	คะแนน	๙๕-๑๐๐	๘๕-๙๔.๙๙	๗๕-๘๔.๙๙	๖๕-๗๔.๙๙	๐-๖๔.๙๙
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐																								
๕๒	๕๒	๕๒	๕๒	๕๒																								
ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก																							
คะแนน	๙๕-๑๐๐	๘๕-๙๔.๙๙	๗๕-๘๔.๙๙	๖๕-๗๔.๙๙	๐-๖๔.๙๙																							

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้ผลการประเมินสามารถสะท้อนสุขภาวะของหน่วยงานในด้านคุณธรรม และความโปร่งใสได้อย่างแท้จริง ๒. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน และให้การบริหารราชการ ของหน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล ๓. เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติในการนำมาตรการการป้องกันและปราบปราม การทุจริต ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร											
กลุ่มเป้าหมาย	รวมทั้งสิ้น จำนวน ๕๒ แห่ง จำแนกดังนี้ ๑. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๓ แห่ง ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๒๖ หน่วยงาน ๓. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๒๓ หน่วยงาน											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูล สาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ที่ เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ ของการเปิดเผยข้อมูลบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน ๒. คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน ๔ ไตรมาส ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือน ธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๓ (เดือน มิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายนของทุกปี) กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้ <table><tr><td>ไตรมาสที่ ๑</td><td>ไตรมาสที่ ๒</td><td>ไตรมาสที่ ๓</td><td>ไตรมาสที่ ๔</td></tr><tr><td>ระดับขั้นของความสำเร็จ (๕ ระดับ)</td><td>ร้อยละ ๘๒</td><td>ร้อยละ ๘๗</td><td>ร้อยละ ๙๒</td></tr></table>				ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔	ระดับขั้นของความสำเร็จ (๕ ระดับ)	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒
ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔									
ระดับขั้นของความสำเร็จ (๕ ระดับ)	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒									
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	๑.เว็บไซต์หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน ๕๒ เว็บไซต์ ๒. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ๓. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)											
รายการข้อมูล	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูล สาธารณะ (MOIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๒ (ใน ๑ ปี)											
	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (๕๒ หน่วยงาน)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A x ๑๐๐ /B											
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) <table><tr><td>๑. ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือน ธันวาคมของทุกปี)</td><td>๒. ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือน มีนาคมของทุกปี)</td></tr><tr><td>๓. ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือน มิถุนายนของทุกปี)</td><td>๔. ไตรมาสที่ ๔ รอบ ๑๒ เดือน (เดือน กันยายนของทุกปี)</td></tr></table>				๑. ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือน ธันวาคมของทุกปี)	๒. ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือน มีนาคมของทุกปี)	๓. ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือน มิถุนายนของทุกปี)	๔. ไตรมาสที่ ๔ รอบ ๑๒ เดือน (เดือน กันยายนของทุกปี)				
๑. ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือน ธันวาคมของทุกปี)	๒. ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือน มีนาคมของทุกปี)											
๓. ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือน มิถุนายนของทุกปี)	๔. ไตรมาสที่ ๔ รอบ ๑๒ เดือน (เดือน กันยายนของทุกปี)											

เกณฑ์การประเมินผล	เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๔: <table><tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ ๕)</td><td>๘๒</td><td>๘๗</td><td>๙๒</td></tr></table> ปี ๒๕๖๕: <table><tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ ๕)</td><td>๘๒</td><td>๘๗</td><td>๙๒</td></tr></table> ปี ๒๕๖๖: <table><tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ ๕)</td><td>๘๒</td><td>๘๗</td><td>๙๒</td></tr></table>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ ๕)	๘๒	๘๗	๙๒	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ ๕)	๘๒	๘๗	๙๒	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ ๕)	๘๒	๘๗	๙๒
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																						
ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ ๕)	๘๒	๘๗	๙๒																						
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																						
ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ ๕)	๘๒	๘๗	๙๒																						
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																						
ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ ๕)	๘๒	๘๗	๙๒																						
วิธีการประเมินผล	หน่วยงานจำนวน ๕๒ หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประเมินตนเองในรอบ ไตรมาสที่ ๑ ไตรมาสที่ ๒ ไตรมาสที่ ๓ และไตรมาสที่ ๔ ดังนี้ การประเมินรอบไตรมาสที่ ๑ (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี) Small Success : ประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ ข้อ MOIT ๑ - MOIT ๕ ค่าเป้าหมายคือ ระดับ ๕ วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน ๕ ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><td>ระดับ ๑</td><td>ระดับ ๒</td><td>ระดับ ๓</td><td>ระดับ ๔</td><td>ระดับ ๕</td></tr><tr><td>๑ ข้อ (MOIT)</td><td>๒ ข้อ (MOIT)</td><td>๓ ข้อ (MOIT)</td><td>๔ ข้อ (MOIT)</td><td>๕ ข้อ (MOIT)</td></tr></table> ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้ <table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>๑</td><td>หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๑ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)</td></tr><tr><td>๒</td><td>หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)</td></tr><tr><td>๓</td><td>หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๓ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)</td></tr><tr><td>๔</td><td>หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๔ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)</td></tr><tr><td>๕</td><td>หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๕ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)</td></tr></table>	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๑ ข้อ (MOIT)	๒ ข้อ (MOIT)	๓ ข้อ (MOIT)	๔ ข้อ (MOIT)	๕ ข้อ (MOIT)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	๑	หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๑ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)	๒	หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)	๓	หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๓ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)	๔	หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๔ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)	๕	หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๕ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)		
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕																					
๑ ข้อ (MOIT)	๒ ข้อ (MOIT)	๓ ข้อ (MOIT)	๔ ข้อ (MOIT)	๕ ข้อ (MOIT)																					
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																								
๑	หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๑ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)																								
๒	หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)																								
๓	หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๓ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)																								
๔	หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๔ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)																								
๕	หลักฐาน URL ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๕ ข้อ (ของ MOIT๑ - MOIT๕)																								

	การประเมินรอบไตรมาสที่ ๒ (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT๑ - MOIT๒๓) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ ๓ ร้อยละ ๘๒ เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><td>ระดับ ๑</td><td>ระดับ ๒</td><td>ระดับ ๓</td><td>ระดับ ๔</td><td>ระดับ ๕</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>๘๒</td><td>๘๗</td><td>๙๒</td></tr></table> การประเมินรอบไตรมาสที่ ๓ (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT๑ - MOIT๒๓) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ ๔ ร้อยละ ๘๗ เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><td>ระดับ ๑</td><td>ระดับ ๒</td><td>ระดับ ๓</td><td>ระดับ ๔</td><td>ระดับ ๕</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>๘๒</td><td>๘๗</td><td>๙๒</td></tr></table> การประเมินรอบไตรมาสที่ ๔ (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT๑ - MOIT๒๓) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ ๕ ร้อยละ ๙๒ เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><td>ระดับ ๑</td><td>ระดับ ๒</td><td>ระดับ ๓</td><td>ระดับ ๔</td><td>ระดับ ๕</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>๘๒</td><td>๘๗</td><td>๙๒</td></tr></table>	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	-	-	๘๒	๘๗	๙๒	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	-	-	๘๒	๘๗	๙๒	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	-	-	๘๒	๘๗	๙๒
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕																											
-	-	๘๒	๘๗	๙๒																											
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕																											
-	-	๘๒	๘๗	๙๒																											
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕																											
-	-	๘๒	๘๗	๙๒																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) ผลการดำเนินงาน ย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)	<table><tr><th rowspan="2">Baseline Data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๓</th><th>๒๕๖๔</th><th>๒๕๖๕</th></tr><tr><td>ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</td><td>ร้อยละ</td><td>๑๐๐ ผ่าน ๕๒ หน่วยงาน (๕๒ หน่วยงาน)</td><td>๙๖.๑๕ ผ่าน ๕๐ หน่วยงาน (๕๒ หน่วยงาน)</td><td>๙๔.๒๓ ผ่าน ๔๙ หน่วยงาน (๕๒ หน่วยงาน)</td></tr></table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	๑๐๐ ผ่าน ๕๒ หน่วยงาน (๕๒ หน่วยงาน)	๙๖.๑๕ ผ่าน ๕๐ หน่วยงาน (๕๒ หน่วยงาน)	๙๔.๒๓ ผ่าน ๔๙ หน่วยงาน (๕๒ หน่วยงาน)																	
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																											
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕																											
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	๑๐๐ ผ่าน ๕๒ หน่วยงาน (๕๒ หน่วยงาน)	๙๖.๑๕ ผ่าน ๕๐ หน่วยงาน (๕๒ หน่วยงาน)	๙๔.๒๓ ผ่าน ๔๙ หน่วยงาน (๕๒ หน่วยงาน)																											
วิธีรายงาน/วิธีการประเมินผล	รายงานผลผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส																														
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑.นายรังสรรค์ พลหล้า																														

ยุทธศาสตร์ที่ ๔	การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บุคลากรเป็นมืออาชีพ บริหารด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล				
เป้าประสงค์ที่ ๘	เทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในการให้บริการสุขภาพ และบริหารจัดการ				
ข้อตัวชี้วัด	๔๑. จำนวนหน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล				
คำนิยาม	๑.หน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล หมายถึง หน่วยงานที่มีการพัฒนาองค์ประกอบหลักด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ๓ ด้าน คือ มีโครงสร้างพื้นฐานอุปกรณ์ตามเกณฑ์มีโปรแกรมสนับสนุนการให้บริการ/บริหารและมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ นำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการงานโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศโดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มุ่งเน้นการประเมินผลตามยุทธศาสตร์ ในประเด็นการเชื่อมต่อข้อมูล และการให้บริการประชาชนผ่าน Telemedicine รายละเอียดดังนี้ ๑. การเชื่อมต่อฐานข้อมูล ๑.๑ โรงพยาบาลมีการเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและกระทรวงสาธารณสุข ๑) โรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งข้อมูลไปยังฐานกลางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้วยวิธี Replication ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน (Real Time) ผ่านระบบเชื่อมต่อ MPLS (ภายใต้ Ip Address ๒๐๓.๑๕๗.xxx.xxx) ของกระทรวงสาธารณสุข ๒) โรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งข้อมูลไปยังฐานกลางกระทรวงสาธารณสุข ด้วยวิธี API HIS Gateway ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน (Real Time) ๑.๒ โรงพยาบาลแม่ข่ายมีการเชื่อมต่อกับฐานข้อมูล รพ.สต. ภายใน CUP โดยประสานงานกับ รพ.สต. ภายใต้ MOU รพ.สต. ส่งข้อมูลไปยังฐานกลางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้วยวิธี Replication ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน (Real Time) ๒. โรงพยาบาล ให้บริการผ่านระบบ Telemedicine อย่างน้อย ๑ ช่องทาง ๓. ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แบบไร้รอยต่อ ๓.๑ ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ ๓.๒ ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ				
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์หน่วยงานที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล				
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
	๑๓	๑๕	๒๐	๒๖	๒๖
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกล ๒. เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยเฝ้าระวัง โรคเรื้อรัง				
กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล รพ.(รพ.ศ./รพ.ท/รพ.ช.) ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบรายงานผลงานเป็นรายไตรมาสไปยังระบบรายงานองค์กรดิจิทัล(ออนไลน์) ๑.การเชื่อมต่อฐานข้อมูล แสดงผลจากระบบเชื่อมต่อฐานข้อมูล ๒.โรงพยาบาลสื่อสารและให้บริการประชาชนผ่าน เทคโนโลยีสารสนเทศ รายงานผลทุกไตรมาส ที่ link https://kkpho.moph.go.th/org_digital				
แหล่งข้อมูล	(ออนไลน์) https://kkpho.moph.go.th/org_digital				

รายงานข้อมูล	๑.ระบบรายงานประเมินผลการดำเนินงานองค์กรดิจิทัลระดับ CUP (ออนไลน์) https://kkpho.moph.go.th/org_digital
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
วิธีการประเมินผล	หน่วยงานสาธารณสุข ดำเนินการผ่านเกณฑ์องค์กรดิจิทัลปี ๒๕๖๖ A=โรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งข้อมูลไปยังฐานกลางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้วยวิธี Replication ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน (Real Time) ผ่านระบบเชื่อมต่อ MPLS(ภายใต้ Ip Address ๒๐๓.๑๕๗.xxx.xxx) ของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๕๐-๕๙ = ๑ ร้อยละ ๖๐ -๖๙ = ๒ ร้อยละ ๗๐-๗๙ = ๓ ร้อยละ ๘๐-๘๙ = ๔ ร้อยละ ๙๐+ = ๕ B=โรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งข้อมูลไปยังฐานกลางกระทรวงสาธารณสุข ด้วยวิธี API HIS Gateway ข้อมูลครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน (Real Time) ความครอบคลุม เวลารายสัปดาห์ ณ เดือนประเมิน ร้อยละ ๕๐-๕๙ = ๑ ร้อยละ ๖๐ -๖๙ = ๒ ร้อยละ ๗๐-๗๙ = ๓ ร้อยละ ๘๐-๘๙ = ๔ ร้อยละ ๙๐+ = ๕ C = ภายใน CUP มีการเชื่อมฐานข้อมูลระหว่าง โรงพยาบาลแม่ข่ายกับฐานข้อมูล รพ.สต. โดย การประสานงานกับ รพ.สต. ภายใต้ MOU กับ อบจ. รพ.สต.และ โรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งข้อมูลไป ยังฐานกลางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้วยวิธี Replication ข้อมูลครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน (Real Time) ความครอบคลุมหน่วยบริการ ณ เดือนประเมิน ร้อยละ ๕๐-๕๙ = ๑ ร้อยละ ๖๐ -๖๙ = ๒ ร้อยละ ๗๐-๗๙ = ๓ ร้อยละ ๘๐-๘๙ = ๔ ร้อยละ ๙๐+ = ๕ D= โรงพยาบาล ให้บริการผ่านระบบ Telemedicine อย่างน้อย ๑ ช่องทาง ไม่ได้ทำ = ๐ มีและใช้งาน = ๕ E=ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี ร้อยละ ๕๐-๕๙ = ๑ ร้อยละ ๖๐ -๖๙ = ๒ ร้อยละ ๗๐-๗๙ = ๓ ร้อยละ ๘๐-๘๙ = ๔ ร้อยละ ๙๐+ = ๕

	F=ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ร้อยละ ๑๐-๑๙ = ๑ ร้อยละ ๒๐-๒๙ = ๒ ร้อยละ ๓๐-๓๙ = ๓ ร้อยละ ๔๐-๔๙ = ๔ ร้อยละ ๕๐+ = ๕
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+B+C+D+E+F)/6$
ตัวอย่างการคำนวณ	A= โรงพยาบาลส่งข้อมูล (Real Time) Data Replication ผ่านระบบเชื่อมต่อ MPLS (ภายใต้ Ip Address ๒๐๓.๑๕๗.xxx.xxx) ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ในช่วงไตรมาสที่ ๑ ครอบคลุมเพียง ๙ สัปดาห์ จาก ๑๒ สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ ๗๕ ได้คะแนน ๓ B= โรงพยาบาลส่งข้อมูล API HIS Gateway เช่น ในช่วงไตรมาสที่ ๑ ครอบคลุมเพียง ๙ สัปดาห์ จาก ๑๒ สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ ๗๕ ได้คะแนน ๓ C= รพ.สต.ส่งข้อมูล Data Replication ครบและเป็นปัจจุบัน (Real Time) มีความครอบคลุมหน่วยบริการ เช่น ในช่วงไตรมาสที่ ๑ ครอบคลุมเพียง ๑๐ สัปดาห์ จาก ๑๒ สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ ๘๓.๓ ได้คะแนน ๔ D= โรงพยาบาล ให้บริการผ่านระบบ Telemedicine ได้คะแนน ๕ E= ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ เช่น จำนวนบุคลากรสาธารณสุขในสังกัด CUP ที่มีดิจิทัลไอดี =๗๐ คน คูณ ๑๐๐ หารด้วยจำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดใน CUP = ๙๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๖ ได้คะแนน ๓ F= ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เช่น ประชาชนใน CUP ที่มีดิจิทัลไอดี = ๑,๒๕๐ คน คูณ ๑๐๐ หารด้วย จำนวนประชาชนรวมทุกสิทธิการรักษาใน CUP = ๔,๕๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๗ ได้คะแนน ๒ =ได้คะแนนรวม $(๓+๓+๔+๕+๓+๒)/6 = ๓.๓$
เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้ประเมินผล ตามสูตรที่คำนวณได้ หน่วยงานมีคะแนนในการพัฒนาดังแต่ ๓ คะแนนขึ้นไป หมายเหตุ เป็นการประเมินแบบสะสมช่วงเวลา ไตรมาสที่ ๑ = ๑๒ สัปดาห์ ไตรมาสที่ ๒ = ๒๔ สัปดาห์ ไตรมาสที่ ๓ = ๓๖ สัปดาห์ ไตรมาสที่ ๔ = ๔๘ สัปดาห์

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นายจักรสันต์ เลยหยุด โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙-๗๑๒-๗๙๐๐ ๒. นายศิริศักดิ์ พิมพาเรือ โทรศัพท์มือถือ ๐๖๑-๔๑๕-๑๔๔๙ ๓. นายสุทธิศักดิ์ ธรรมพล โทรศัพท์มือถือ ๐๘๒-๓๐๕-๗๕๗๒ ๔. นายขวลิต โพธิ์หล้า โทรศัพท์มือถือ ๐๘๐-๑๙๙-๙๒๕๐ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ร.ก.นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ E-mail : loeyoodj@gmail.com เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน E-mail : sirisakppr@gmail.com นักวิชาการคอมพิวเตอร์ E-mail : buboocs@gmail.com นักวิชาการคอมพิวเตอร์ E-mail : lionkung@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
-----------------------	---

ภาคผนวก

ภาพประกอบการประชุม

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี
(พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐) และแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖
วันที่ ๙-๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๔
ณ ห้องประชุมหมัดหมี่ ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น





ภาพประกอบการประชุม

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น

ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐)

และแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

วันที่ ๑๘-๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๔

ณ ห้องประชุมหมื่นต๋ม ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น



รายชื่อผู้ร่วมประชุม

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๑	นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๒	นายไพรัชฌ์ สงคราม	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๓	นางพชรพร ครองยุทธ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔	นางวีรวรรณ รุจิณากุล	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๕	นายสมพร ชมบุญ	นิติกรชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๖	นางจันทนา ศรีจรรย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๗	นางสาลินี ไวยานนท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๘	นางรุ่งทอง วัชรนุกุลเกียรติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๙	นางบัวบุญ อุดมทรัพย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๑๐	นายจักรสันต์ เลยหยุด	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๑๑	น.ส.นพพร การถัก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๑๒	นางวรินทร์ทิพย์ ศรีกมล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๑๓	น.ส.สมจิตร เดชาสเถียร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๑๔	นายเจษฎา สุรวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๑๕	นายมีงขวัญ ภูหงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๑๖	นางพิศวาท ชุมแวงวาปี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๑๗	นางดลนภัส สุทธิวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๑๘	นางธีรนุช อยู่ลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๑๙	น.ส.สุภาวดี นาคอก	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๒๐	นางจิรัฐติกาฬ วิเศษดี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๒๑	น.ส.วิราสินี สีสงคราม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๒๒	น.ส.จุฑามาศ ทองประเสริฐ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๒๓	นายบุญญฤทธิ์ จันทรมี	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๒๔	นางสาวมนรดา ทองนอก	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๒๕	นางสิริลักษณ์ วุฒิพิริยะอังกูร	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๒๖	น.ส.จกกลณี บุญอาษา	ทันตแพทย์ชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๒๗	นางศศิธร เอื้ออนันต์	เภสัชกรชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๒๘	นางอังคณา อึ้งปิติมานะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๒๙	นางนรินทร์รัตน์ แก้วลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๓๐	นางวรวลัย เกษมศรีวิวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๓๑	นางสมาพร สุระเทมียกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๓๒	นายณัฐวุฒิ จันทะแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๓๓	น.ส.นภัทรรณ สนธินอก	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๓๔	นายรังสรรค์ พลหล้า	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๓๕	นางบัวลักษณ์ จันทะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๓๖	นางธัญญา อุพลเถียร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๓๗	นางชัชวาล มุ่งแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๓๘	นายสุรศักดิ์ สุตธรรม	นิติกรชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๓๙	นางลัดดาวัลย์ เทียมกลาง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔๐	นายวัฒนา นิลบรรพต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔๑	น.ส.เทวารักษ์ ภูครองนาค	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔๒	นายณรงค์ชัย เดิกศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔๓	น.ส.เอ็มวิกา แสงชาติ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔๔	นางสุกุลยา กิตติไพบานนท์	เภสัชกรชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔๕	น.ส.วีรินทร์ วงษ์โคควินท์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔๖	นายชนกฤต สุระอามาศย์	แพทย์แผนไทย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔๗	นางศิริมา นามประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔๘	นางสุพธิมา ยลโสภณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔๙	นางนิธิดา ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๕๐	นางพัชราวดี พิรุณสุนทร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๕๑	นางประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๕๒	นางกิตติมา ก้านจักร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๕๓	นางวีระวรรณ เหล่าวิทวัส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๕๔	นางแสงเดือน โสภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๕๕	นางวาสนา ทิพลีศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๕๖	นางรุ่งฤดี ไชยทองศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๕๗	นางจิตเกษม เบ็ญจพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๕๘	นางจิราวรรณ ใจเที่ยง	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๕๙	นางจิระวัฒน์ ไชยพันธ์	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๖๐	น.ส.กুমวดี บุญญรัตน์	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๖๑	นางนุชจรินทร์ แพงมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๖๒	นางอักษรพร สินจัตรัส	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๖๓	น.ส.ชัยณรงค์ นกคักดา	เภสัชกรชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๖๔	นางยุพาพร ดีแป้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๖๕	นางพัชรินทร์ ฤทธิรักษา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๖๖	น.ส.สกลรัช พาลาฮาด	พยาบาลวิชาชีพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๖๗	นางจิราภรณ์ บุญปก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๖๘	น.ส.ปณณภา โพธิ์สิงห์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๖๙	น.ส.กรกนก บุญมาหล้า	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๗๐	น.ส.มณฑิยา เหลามา	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๗๑	นางรุจิราลักษณ์ พรหมเมือง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลขอนแก่น
๗๒	น.ส.จริยา ปากดี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โรงพยาบาลขอนแก่น
๗๓	น.ส.สุภาพร ตรละคร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	โรงพยาบาลขอนแก่น
๗๔	นายพรพล เหล่าวิทวัส	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมัญจาคีรี	โรงพยาบาลมัญจาคีรี
๗๕	นางเรียมใจ พลเวียง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปือยน้อย	โรงพยาบาลหนองเปือยน้อย
๗๖	นายทิว อุดชาชน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย	โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย
๗๗	นายสุรพงษ์ ผานาค	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงเก่า	โรงพยาบาลเวียงเก่า
๗๘	นายอุรส สิงห์งาม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง	โรงพยาบาลน้ำพอง
๗๙	น.ส.อภิสร่า อารังวรังกูร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์	โรงพยาบาลอุบลรัตน์
๘๐	นายพศวีร์ เผ่าเสรี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลชุมแพ

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๘๑	นายอนันต์ คำอ่อน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลชุมแพ
๘๒	นายณรงค์ศักดิ์ วงศ์วัลลภ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	โรงพยาบาลหนองสองห้อง
๘๓	น.ส.งามตา โคตรสำราญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระยืน
๘๔	น.ส.นุชนาฏ หินวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระยืน
๘๕	นายวงศ์สนั่น เครื่องฉาย	สาธารณสุขอำเภอน้ำพอง	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำพอง
๘๖	นายพิชิต แสนเสนา	สาธารณสุขอำเภอหนองเรือ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองเรือ
๘๗	นายอาคม ปัญญาแก้ว	สาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์
๘๘	นายคมกฤษ ศิริภาคย์โสภณ	สาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่	สำนักงานสาธารณสุขบ้านไผ่
๘๙	นายบุญถม ชัยญวน	สาธารณสุขอำเภอนบพ	สำนักงานสาธารณสุขชนบท
๙๐	นายสมเด็จ กัวพิทักษ์	สาธารณสุขอำเภอเวียงใหญ่	สำนักงานสาธารณสุขเวียงใหญ่
๙๑	นายพงษ์ศักดิ์ ทรัพย์ศิลาทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสนวงวาง
๙๒	นายคมชาญ ไชโยแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองเรือ
๙๓	นายเหมชาติ นีละสมิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำสูง
๙๔	นายสมหมาย ชาน้อย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเปือยน้อย
๙๕	นางสมฤดี พันชมภู	พยาบาลวิชาชีพ	องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น
๙๖	นางมรุส พฤษภา	พยาบาลวิชาชีพ	องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น



คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ที่ ๑๑๗ / ๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๘๐) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ นโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อสภาและแผนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์ ความเป็นเลิศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี ภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ปี ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และนโยบายสำคัญของรัฐบาล โดยการบูรณาการการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ได้ปัญหาความต้องการจากพื้นที่ ในการจัดทำแผนให้สอดคล้องกันในทุกระดับ

เพื่อให้การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐ และแผนปฏิบัติการราชการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีความสอดคล้องกับนโยบายและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทาง ในการที่ขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของประชาชนจังหวัดขอนแก่นและ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ จึงแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการ

๑.	นายภาคี	ทรัพย์สินพัฒน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	ประธาน
๒.	นายไพรัชฌ์	สงคราม	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	รองประธาน
๓.	นายอดุลย์	บำรุง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	รองประธาน
๔.	นายวิโรจน์	เลิศพงศ์พิพัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)	รองประธาน
๕.	นางสมาลี	วนาทรัพย์ดำรง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)	รองประธาน
๖.	นายมนี	เหมือนชาติ	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)	รองประธาน
๗.	นายเจตชัย	อริยานุชิตกุล	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	รองประธาน
๘.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น			กรรมการ
๙.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น			กรรมการ
๑๐.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ			กรรมการ
๑๑.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง			กรรมการ
๑๒.	สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ			กรรมการ
๑๓.	หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น			กรรมการ

๑๔.	นางพชรพร	ครองยุทธ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	กรรมการและเลขานุการ
๑๕.	นางวรินทร์ทิพย์	ศรีกงพลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๖.	นางสาวสมจิตร	เดชาเสถียร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗.	นายเจษฎา	สุรวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๘.	นางมิ่งขวัญ	ภูหงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ประกอบด้วย

๑.	นายไพรัช	สงคราม	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)	ประธาน
๒.	นางพชรพร	ครองยุทธ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศักยภาพสาธารณสุข	รองประธาน
๓.	นางวีรวรรณ	รุจิณากุล	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	คณะทำงาน
๔.	นางเกื้อกุล	เพชรสันทัด	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	คณะทำงาน
๕.	นางสุจรรยา	ทั้งทอง	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ	คณะทำงาน
๖.	นางจันทนา	ศรีจารนัย	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	คณะทำงาน
๗.	นางสุมาลี	บุญญรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป	คณะทำงาน
๘.	นายพุทธา	ศรีเกิน	หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย	คณะทำงาน
๙.	นางสาวกรรณิกา	ตั้งวานิชพงษ์	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด	คณะทำงาน
๑๐.	นายจำเนียร	มูลเทพ	หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	คณะทำงาน
๑๑.	นางสาธินี	ไวยานนท์	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	คณะทำงาน
๑๒.	นางสาวสิริพรรณ	พร้อมไพล	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	คณะทำงาน
๑๓.	นางรุ่งทอง	วัชรนุกุลเกียรติ	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	คณะทำงาน
๑๔.	นางบัวบุญ	อุดมทรัพย์	หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ	คณะทำงาน
๑๕.	นายจักรสันต์	เลยหยุด	หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ	คณะทำงาน
๑๖.	นางสาวนพพร	การถัก	หัวหน้ากลุ่มงานสื่อสารความเสี่ยงและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คณะทำงาน
๑๗.	นางรุจิราลักษณ์	พรหมเมือง	นายแพทย์เชี่ยวชาญโรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๑๘.	นายศักดิ์ชัย	เกียรติอำนาจ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	คณะทำงาน
๑๙.	นายพศวีร์	เผ่าเสรี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลชุมแพ	คณะทำงาน

ผู้แทนจากโรงพยาบาลชุมชน

๒๐.	นายพรพล	เหล่าวิฑฐ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมัญจาคีรี	คณะทำงาน
๒๑.	นางเรียมใจ	พลเวียง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปือยน้อย	คณะทำงาน
๒๒.	นายทิว	อุดชาชน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย	คณะทำงาน
๒๓.	นายสุรพงษ์	ผานาค	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงเก่า	คณะทำงาน
๒๔.	นายอุรส	สิงห์งาม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง	คณะทำงาน
๒๕.	นายเชิดชัย	กิตติโพวานนท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชนบท	คณะทำงาน
๒๖.	นางสาวอภิสร	ธำรงวรังกูร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์	คณะทำงาน

ผู้แทนจากสาธารณสุขอำเภอ

๒๗.	นายวงศ์แสนท์	เครื่องฉาย	สาธารณสุขอำเภอน้ำพอง	คณะทำงาน
๒๘.	นายพิชิต	แสนเสนา	สาธารณสุขอำเภอหนองเรือ	คณะทำงาน
๒๙.	นายอาคม	ปัญญาแก้ว	สาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์	คณะทำงาน
๓๐.	นายคมกฤษ	ศิริภาควิโสภณ	สาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่	คณะทำงาน
๓๑.	นายบุญถม	ชัยญวน	สาธารณสุขอำเภอชนบท	คณะทำงาน
๓๒.	นายสมเด็จ	กั้วพิทักษ์	สาธารณสุขอำเภอแวงใหญ่	คณะทำงาน

ผู้แทนผู้รับผิดชอบงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โรงพยาบาล

๓๓.	นางธนัฐา	ศุภวิชัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๓๔.	นางอุษณีย์	คุณภู่	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	คณะทำงาน
๓๕.	นายอนันต์	คำอ่อน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลชุมแพ	คณะทำงาน
๓๖.	นายเฉลิมชัย	คำอู	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลหนองสองห้อง	คณะทำงาน
๓๗.	นางสาวงามตา	โคตรสำราญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระยืน	คณะทำงาน
๓๘.	นางกทอง	ไพศาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพล	คณะทำงาน

ผู้แทนผู้รับผิดชอบงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๓๙.	นายพงษ์ศักดิ์	ทรัพย์ศิลาทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เขาสวนกวาง	คณะทำงาน
๔๐.	นายชาญณรงค์	อัครบุตร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำพอง	คณะทำงาน

๔๑.	นายสมหมาย	ชาน้อย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเปือยน้อย	คณะทำงาน
๔๒.	นายคมชาญ	ไชโยแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองเรือ	คณะทำงาน
๔๓.	นายเหมชาติ	นิละสมิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชำสูง	คณะทำงาน
๔๔.	นายณรงค์	ปิงมูม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมืองขอนแก่น	คณะทำงาน

ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๔๕.	นายจรินทร์	พินนอก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านทุ่ม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมืองขอนแก่น	คณะทำงาน
๔๖.	นางทองใส	เอ่นหยอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โนนสะอาด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หนองเรือ	คณะทำงาน
๔๗.	นายคะนิง	พาที	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหนอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บ้านไผ่	คณะทำงาน

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

๔๘.	นางอังคณา	อึ้งปิติมานะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๔๙.	นางนรินทร์รัตน์	แก้วลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๕๐.	นางวรวลัย	เกษมศรีวิวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๕๑.	นางสมาพร	สุรเดมิย์กุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๕๒.	นางพรรณนิภา	ไชยรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๕๓.	นายณัฐวุฒิ	จันตะแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๕๔.	นางสาวนภัสวรรณ	สนธิ์นอก	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๕๕.	นางศิริลักษณ์	วุฒิพิริยะอังกูร	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	คณะทำงาน
๕๖.	นางสาวจงกลณี	บุญอาษา	ทันตแพทย์ชำนาญการ	คณะทำงาน
๕๗.	นายรังสรรค์	พลหล้า	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	คณะทำงาน
๕๘.	นางมลิวรรณ	มะลิตัน	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	คณะทำงาน
๕๙.	นางศศลักษณ์	ทองอินตา	เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน	คณะทำงาน
๖๐.	นางสมจิต	ศรีกันหา	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	คณะทำงาน
๖๑.	นางบัวลักษณ์	จันทระ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๖๒.	นางธัญญา	อุพลเกียรติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน

๖๓.	นายชัชวาลย์	ม่งแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๖๔.	นายสุทธิศักดิ์	ธรรมพล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๖๕.	นายศิริศักดิ์	พิมพ์าเรือ	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	คณะทำงาน
๖๖.	นายสมเพชร	ชมบุญ	นิติกรชำนาญการ	คณะทำงาน
๖๗.	นายสุรศักดิ์	สุตธรรม	นิติกรชำนาญการ	คณะทำงาน
๖๘.	นางอนุรักษ์	สะตะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๖๙.	นางลัดดาวัลย์	เทียมกลาง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๗๐.	นายวัฒนา	นิลบรรพต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๗๑.	นางศิริพร	อุทธากิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๗๒.	นางสาวเทวรักษ์	ภูครองนาค	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๗๓.	นางพินญาดา	เหมือนชาติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๗๔.	นายณรงค์ชัย	เศิกศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๗๕.	นางสาวเอมวิภา	แสงชาติ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๗๖.	นางสุกุลยา	กิตติไพบวนนท์	เภสัชกรชำนาญการ	คณะทำงาน
๗๗.	นางสาววีริณทร์	วงศ์โภคินท์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๗๘.	นายธนภุต	สุระอามาศย์	แพทย์แผนไทย	คณะทำงาน
๗๙.	นางศิริมา	นามประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๘๐.	นางสุทธิมา	ยลโสภณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๘๑.	นางนิธิดา	ศรีแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๘๒.	นางพัชรารัตน์	พิรุณสุนทร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๘๓.	นางประเพ็ญพร	ชำนาญพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๘๔.	นางศศิธร	เอื้ออนันต์	เภสัชกรชำนาญการ	คณะทำงาน
๘๕.	นางสาวชัยญ์รัชต์	นกกศักดิ์	เภสัชกรชำนาญการ	คณะทำงาน
๘๖.	นางสาวมณชุตตา	คำดีบุญ	เภสัชกร	คณะทำงาน
๘๗.	นางกิตติมา	ก้านจักร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๘๘.	นางวรารณ	ชูคันหอม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๘๙.	นางวีระวรรณ	เหล่าวิทวัส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๙๐.	นางแสงเดือน	โสภะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๙๑.	นางวาสนา	ทิพเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๙๒.	นางจิตเกษม	เป็ญจันท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๙๓.	นางจิราวรรณ	ใจเที่ยง	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	คณะทำงาน
๙๔.	นายจิระวัฒน์	ไชยพันธ์	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	คณะทำงาน
๙๕.	นางสาวกมลวดี	บุญญรัตน์	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๙๖.	นางวรินทร์ทิพย์	ศรีกงพลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงานและเลขานุการ
๙๗.	นางสาวสมจิตร	เดชาเสถียร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงานและเลขานุการ
๙๘.	นายเจษฎา	สุรารวรรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงานและเลขานุการ
๙๙.	นางมิ่งขวัญ	ภูหงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงานและเลขานุการ
๑๐๐.	นางพิศวาท	ชุมแวงวาปี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๐๑.	นางธีรนุช	อยู่ลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีบทบาทและหน้าที่ ดังนี้

๑. กำหนดข้อมูลที่ใช้ประกอบการจัดทำแผน ได้แก่ ปัจจัยภายนอก/ปัจจัยภายใน แหล่งข้อมูล และวิธีการจัดเก็บ พร้อมทั้งทำการจัดเก็บ รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ประกอบการจัดทำแผน
๒. การดำเนินการทบทวน ปรับปรุง แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ให้มีความสมบูรณ์ ชัดเจน และเหมาะสม สอดคล้องกับนโยบาย ปัญหา และความต้องการของผู้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
๓. พัฒนาระบบการติดตาม ควบคุม กำกับให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์
๔. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายภาศิ ทรัพย์ทิพัฒน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

**กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๑๐๘ หมู่ ๔ ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐
โทรศัพท์ : ๐๔๓-๒๒๑๑๒๕ โทรสาร : ๐๔๓-๒๒๔๐๓๗**