

STRATEGIC PLAN

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2568



สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

เลขที่ 4 ถ.อธิปัตย์ ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000
042-219207, 042-219208 R8way.moph.go.th

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข	3
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568	5
นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	7
1.ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานเขตสุขภาพที่ 8	
1.1 ข้อมูลทั่วไป	9
1.2 ข้อมูลหน่วยบริการ	12
1.3 ข้อมูลบุคลากร	13
1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ	15
2.ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2568	19
การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8	21
-ตัวชี้วัดมุ่งเน้นทางยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8	
การกำกับและประเมินผล	21
ตัวชี้วัดด้านนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	23
และเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	
ตัวชี้วัดมุ่งเน้นทางยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8	24
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	
เกณฑ์การพิจารณา SCORING ตัวชี้วัด	30
ตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ	95
เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	



ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข



กรอบแนวคิดการจัดทำ แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี

ก้าวอย่างมีทิศทางที่ชัดเจน



ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี / แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 / เป้าหมายการพัฒนายั่งยืน และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

๑. การปรับโครงสร้าง ภาคการผลิตและบริการ สู่เศรษฐกิจฐานนวัตกรรม	๒. การพัฒนาคน สำหรับโลกยุคใหม่	๓. การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาส และความเป็นธรรม	๔. การเปลี่ยนผ่านการผลิตและ บริโภคไปสู่ความยั่งยืน	๕. การเสริมสร้างความสามารถ ของประเทศในการรับมือกับ การเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยง ภายใต้บริบทโลกใหม่
๑ เกษตรและเกษตรแปรรูป มูลค่าสูง	๑ เกษตรและเกษตรแปรรูป มูลค่าสูง	๑ เกษตรและเกษตรแปรรูป มูลค่าสูง	๑ เกษตรและเกษตรแปรรูป มูลค่าสูง	๑ เกษตรและเกษตรแปรรูป มูลค่าสูง
๒ การท่องเที่ยวเน้นคุณภาพ และความยั่งยืน	๒ การท่องเที่ยวเน้นคุณภาพ และความยั่งยืน	๒ การท่องเที่ยวเน้นคุณภาพ และความยั่งยืน	๒ การท่องเที่ยวเน้นคุณภาพ และความยั่งยืน	๔ การแพทย์และสุขภาพ มูลค่าสูง
๓ ฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้า	๓ ฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้า	๔ การแพทย์และสุขภาพ มูลค่าสูง	๓ ฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้า	๖ อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ และดิจิทัล
๔ การแพทย์และสุขภาพ มูลค่าสูง	๔ การแพทย์และสุขภาพ มูลค่าสูง	๕ ประสิทธิภาพการลงทุน และโลจิสติกส์	๕ ประสิทธิภาพการลงทุน และโลจิสติกส์	๘ พื้นที่และเมืองอัจฉริยะ
๕ ประสิทธิภาพการลงทุน และโลจิสติกส์	๕ ประสิทธิภาพการลงทุน และโลจิสติกส์	๗ วิสาหกิจขนาดกลางและ ขนาดย่อมที่เข้มแข็ง แข่งขันได้	๘ พื้นที่และเมืองอัจฉริยะ	๑๐ เศรษฐกิจหมุนเวียนและ สังคมคาร์บอนต่ำ
๖ อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ และดิจิทัล	๖ อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ และดิจิทัล	๘ พื้นที่และเมืองอัจฉริยะ	๑๐ เศรษฐกิจหมุนเวียนและ สังคมคาร์บอนต่ำ	๑๑ ภัยธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ
๗ วิสาหกิจขนาดกลางและ ขนาดย่อมที่เข้มแข็ง แข่งขันได้	๗ วิสาหกิจขนาดกลางและ ขนาดย่อมที่เข้มแข็ง แข่งขันได้	๙ ความยากจนข้ามรุ่นและ ความคุ้มครองทางสังคม	๑๑ ภัยธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ	๑๓ ภาครัฐที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ
๘ พื้นที่และเมืองอัจฉริยะ	๘ พื้นที่และเมืองอัจฉริยะ	๑๐ เศรษฐกิจหมุนเวียนและ สังคมคาร์บอนต่ำ		
๑๐ เศรษฐกิจหมุนเวียนและ สังคมคาร์บอนต่ำ	๙ ความยากจนข้ามรุ่นและ ความคุ้มครองทางสังคม	๑๒ กำลังคนสมรรถนะสูง		
	๑๒ กำลังคนสมรรถนะสูง	๑๓ ภาครัฐที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ		



นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568

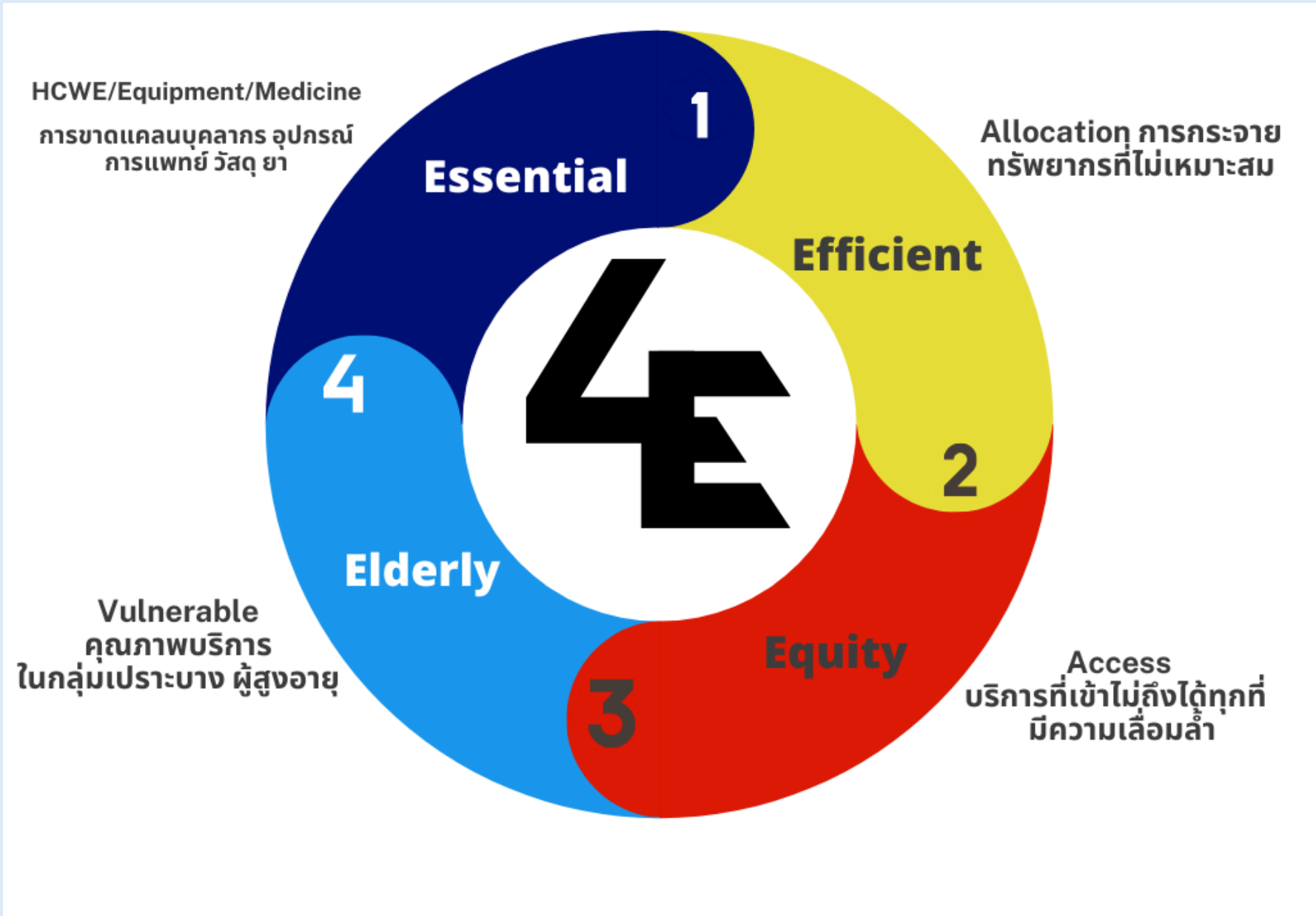
นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

8 นโยบาย กระทรวงสาธารณสุข



เป้าหมายใน 1 ปี : ลดความเสี่ยง ข้อร้องเรียน

- ปรับปรุงและแก้ไขปัญหากันที





1

ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลพื้นฐาน เขตสุขภาพที่ 8



1.1 ข้อมูลทั่วไป

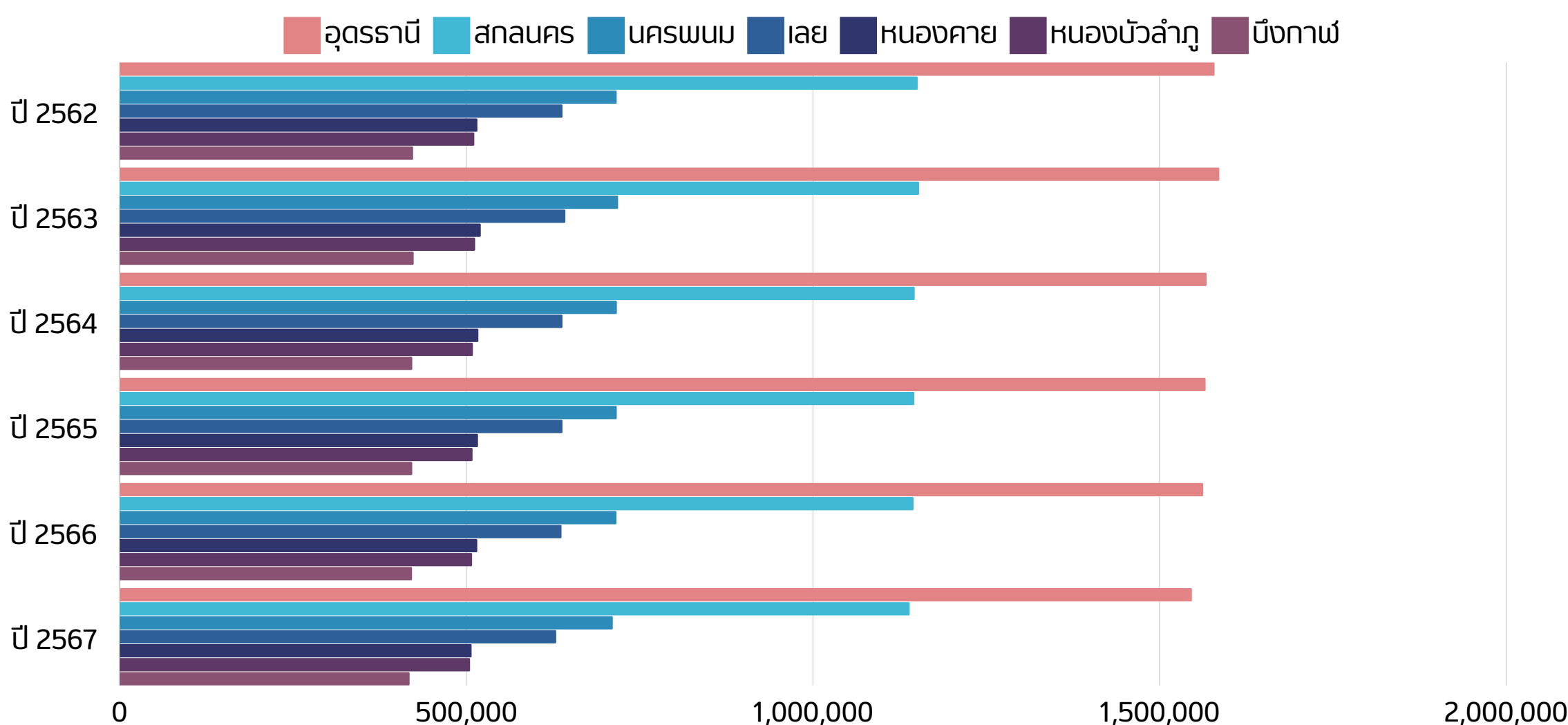
เขตสุขภาพที่ 8 ตั้งอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีรูปแบบการปกครองส่วนภูมิภาค ซึ่งแบ่งออกเป็น ระดับจังหวัด 7 จังหวัด และระดับอำเภอ 87 อำเภอ 642 ตำบล 6,526 หมู่บ้าน รูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 7 จังหวัด เทศบาล 237 แห่ง แบ่งเป็น เทศบาลนคร 2 แห่ง เทศบาลเมือง 9 แห่ง เทศบาลตำบล 226 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 467 แห่ง



ภาพที่ 1 พื้นที่รับผิดชอบ 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8

ข้อมูลประชากร เขตสุขภาพที่ 8

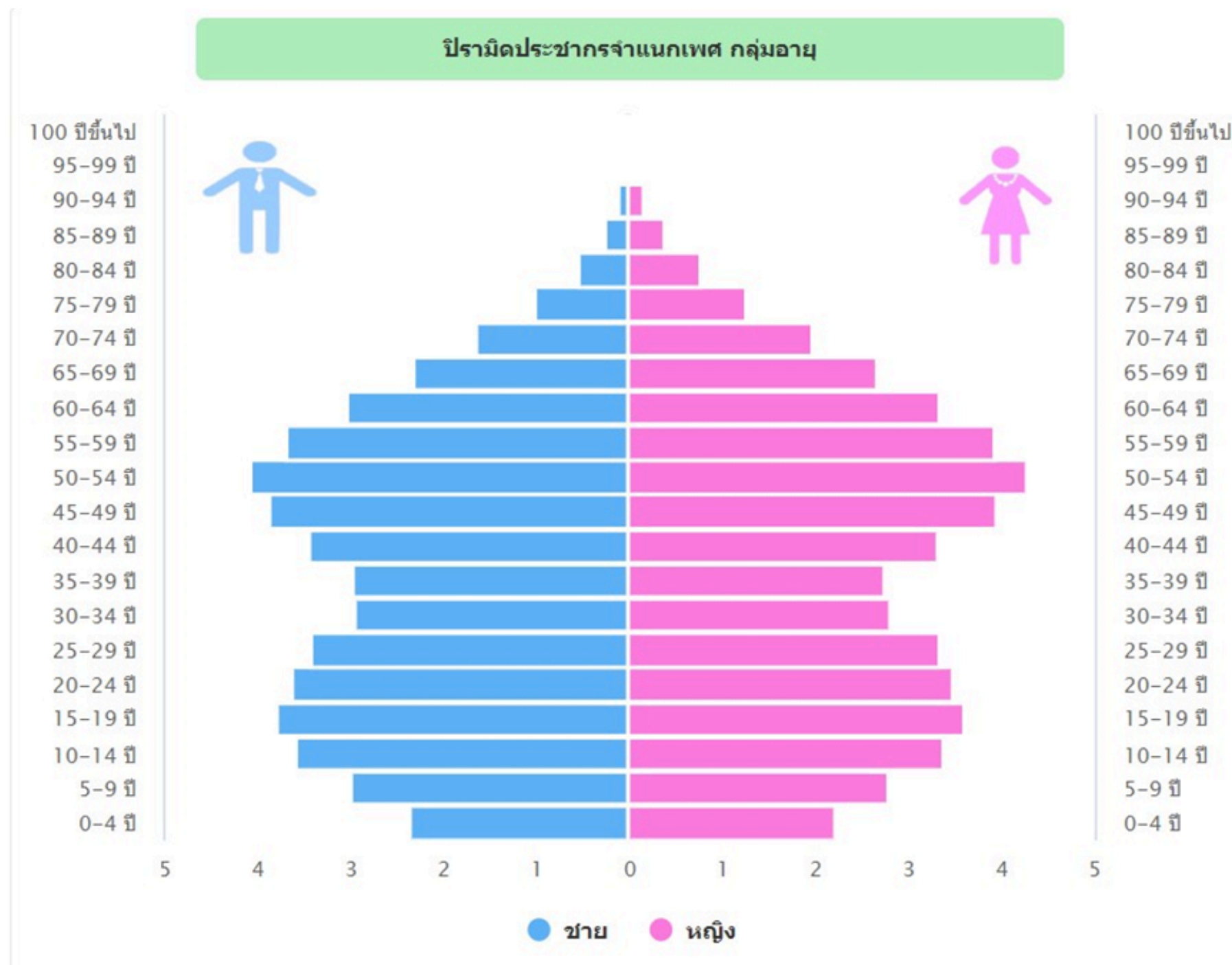
ปี 2567 ประชากรในเขตสุขภาพที่ 8 มีทั้งหมด 5,458,651 คน จากข้อมูลประชากรกลางปี ปี 2563-2567 พบว่าอัตราการเพิ่มจำนวนของประชากรในเขตสุขภาพที่ 8 มีแนวโน้มลดลง ข้อมูลปรากฏดังตารางที่ 1



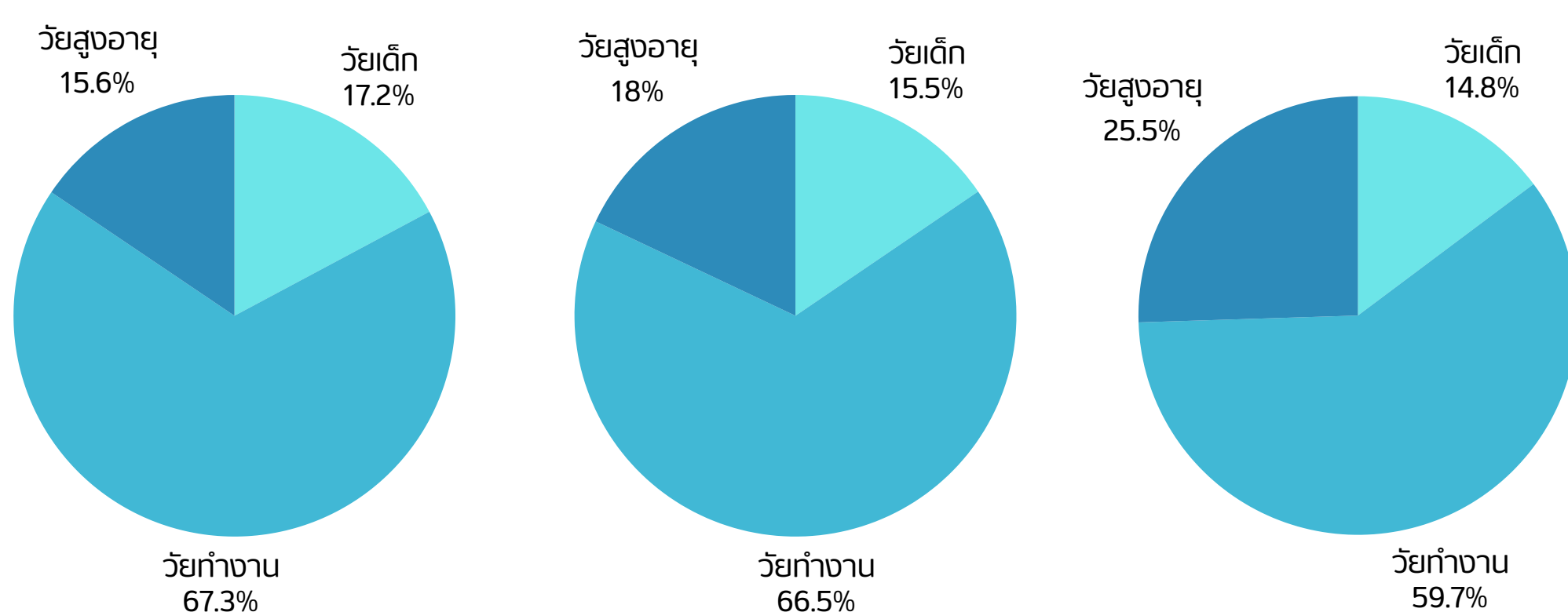
ภาพที่ 2 ข้อมูลประชากรเขตสุขภาพที่ 8 ย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2563-2567)
ที่มา : ข้อมูลทะเบียนราษฎร จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 5 กันยายน 2566

โครงสร้างประชากร

อัตราการเพิ่มจำนวนของประชากรในเขตสุขภาพที่ 8 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลภาพรวมปี รามิดประชากรของเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ.2567 จำแนกเพศ กลุ่มอายุ พบว่าสัดส่วนของประชากร วัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ปี พ.ศ.2563 ร้อยละ 17.19 ปี พ.ศ.2567 ร้อยละ 15.49 และคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ.2573 ร้อยละ 17.0 สัดส่วนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ลดลงเช่นเดียวกัน ปี พ.ศ.2563 ร้อยละ 67.26 ปี พ.ศ.2567 ร้อยละ 66.54 และคาดการณ์ว่า พ.ศ.2573 ร้อยละ 59.73 ในขณะที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นจนเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัย คือ ในปี พ.ศ.2563 ร้อยละ 15.55 ปี พ.ศ.2567 ร้อยละ 17.97 และคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ.2573 ร้อยละ 25.5 ดังภาพที่ 3, ภาพที่ 4 และภาพที่ 5

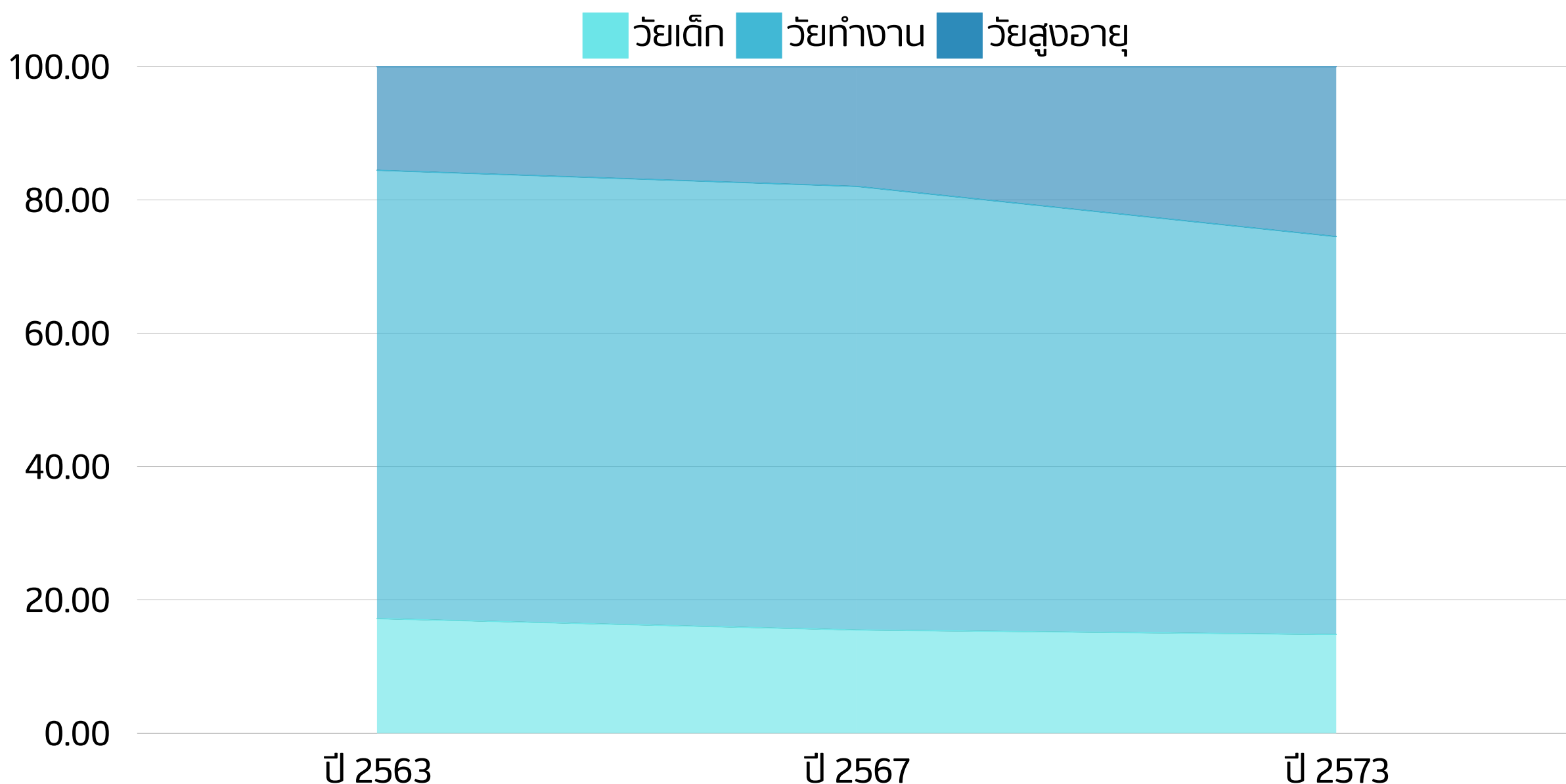


ภาพที่ 3 ปิรามิดประชากร เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566
ที่มา : ข้อมูลทะเบียนราษฎร จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 5 กันยายน 2567



ภาพที่ 4 สัดส่วนของประชากร เขตสุขภาพที่ 8

ที่มา : พ.ศ.2563 และ 2567 ข้อมูลทะเบียนราษฎร จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567, พ.ศ.2573 จากการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

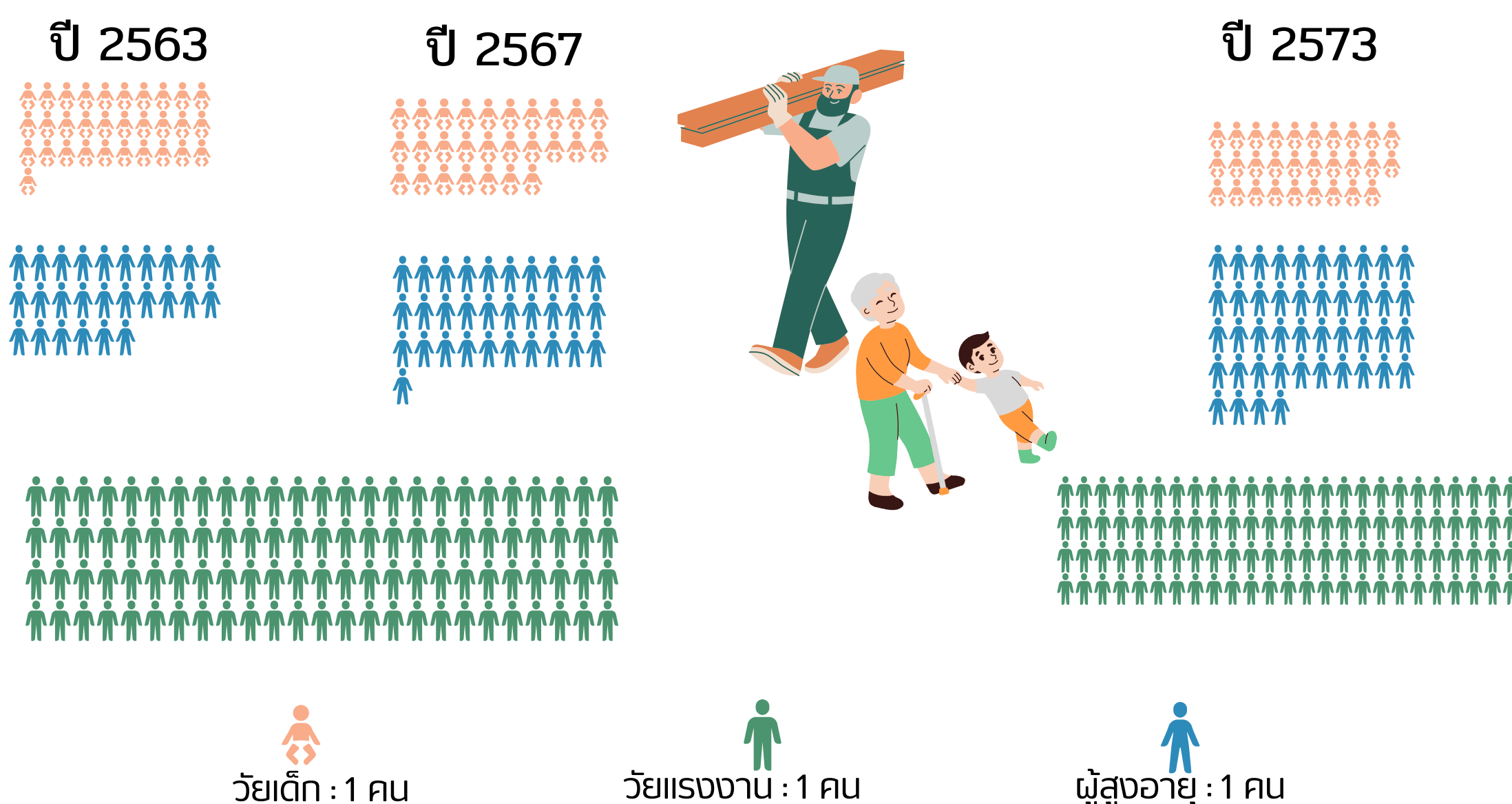


ภาพที่ 5 แนวโน้มของประชากร เขตสุขภาพที่ 8

ที่มา : พ.ศ. 2563 และ 2567 ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567, พ.ศ. 2573 จากการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากร เขตสุขภาพที่ 8

การลดลงของจำนวนประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) และการเพิ่มจำนวนของประชากรวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ส่งผลต่ออัตราส่วนการพึ่งพิงของประชากร เท่ากับร้อยละ 53.77 กล่าวคือ ใน ปี พ.ศ.2563 ประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็ก 26 คน และผู้สูงอายุ 28 คน ขณะที่ ปี พ.ศ.2567 ประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็ก 25 คน และผู้สูงอายุ 33 คน จะเห็นว่า ปี พ.ศ.2567 รับภาระเลี้ยงดูเด็กลดลงจากปี พ.ศ.2563 คิดเป็นร้อยละ 0.52 ในขณะที่รับภาระเลี้ยงดู ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากปี 2563 คิดเป็นร้อยละ 3.89 และคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ.2573 ประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็ก 29 คน และผู้สูงอายุ 44 คน ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากร เขตสุขภาพที่ 8

ที่มา : พ.ศ. 2563 และ 2567 ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ พฤศจิกายน 2567, พ.ศ. 2573 จากการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1.2 ข้อมูลหน่วยบริการ

เขตสุขภาพที่ 8 มีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 828 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง ได้แก่ รพศ.อุดรธานี และ รพศ.สกลนคร โรงพยาบาลทั่วไปรวม 9 แห่ง แบ่งเป็น ระดับ S = 6 แห่ง ระดับ M1 = 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 77 แห่ง แบ่งเป็น ระดับ M2 = 10 แห่ง ระดับ F = 67 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวม 874 แห่ง แบ่งเป็น รพ.สต.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 606 แห่ง และที่โอนย้ายไปสังกัด อบจ. จำนวน 268 แห่ง ดังภาพที่ 7

โรงพยาบาลศูนย์ (2 แห่ง)	โรงพยาบาลทั่วไป (9 แห่ง)	โรงพยาบาลชุมชน (77 แห่ง)	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (874 แห่ง)
ระดับ A = 2 แห่ง	ระดับ S = 6 แห่ง ระดับ M1 = 3 แห่ง	ระดับ M2 = 10 แห่ง ระดับ F1 = 5 แห่ง ระดับ F2 = 53 แห่ง ระดับ F3 = 9 แห่ง	รพ.สต. สังกัด สป.สธ. = 606 แห่ง

ภาพที่ 7 หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2567
ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

ข้อมูลเตียงผู้ป่วย

เขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนเตียงตามกรอบทั้งสิ้น 7,695 เตียง คิดเป็น 1.38 เตียงต่อ 1,000 ประชากร (เป้าหมาย 2 เตียงต่อ 1,000 ประชากร) จำนวนเตียงตามจริง 9,045 เตียง คิดเป็น 1.63 เตียงต่อ 1,000 ประชากร ดังตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าเขตสุขภาพที่ 8 มีสัดส่วนจำนวนเตียงจริงมากกว่าเตียงตามกรอบในทุกจังหวัด

ตารางที่ 1 ข้อมูลเตียงผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล ณ กันยายน 2567)

จังหวัด	ประชากร	เตียงตาม กรอบ	เตียงจริง	สัดส่วนต่อประชากร 1,000 คน	
				เตียงตาม กรอบ	เตียงจริง
เขตสุขภาพที่ 8	5,458,651	7,853	9,156	1.44	1.68
อุดรธานี	1,546,739	2,200	2,492	1.42	1.61
สกลนคร	1,139,650	1,948	2,214	1.71	1.94
นครพนม	711,326	865	1,074	1.22	1.51
เลย	629,673	990	1,120	1.57	1.78
หนองคาย	515,795	830	980	1.64	1.93
หนองบัวลำภู	505,440	540	613	1.07	1.21
บึงกาฬ	418,200	480	663	1.15	1.59

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

1.3 ข้อมูลอัตรากำลังบุคลากร

เขตสุขภาพที่ 8 มีบุคลากรจำนวน 31,171 คน แบ่งเป็นข้าราชการ จำนวน 17,797 คน ลูกจ้างประจำจำนวน 583 คน พนักงานราชการ จำนวน 776 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10,551 คน และลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 1,464 คน ดังตารางที่ 2

จังหวัด	ข้าราชการ	พนักงาน ราชการ	พนักงาน กระทรวง สาธารณสุข	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	ผลรวม ทั้งหมด
เขตสุขภาพที่ 8	17,797	776	10,551	583	1,464	31,171
อุดรธานี	4,990	195	3,315	105	458	9,063
สกลนคร	3,619	135	2,484	124	419	6,781
นครพนม	2,265	124	1,088	93	216	3,786
เลย	2,429	114	1,091	89	129	3,852
หนองคาย	1,943	80	858	68	152	3,101
หนองบัวลำภู	1,184	66	839	47	53	2,189
บึงกาฬ	1,367	62	876	57	37	2,399

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

จำนวนและสัดส่วนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ เขตสุขภาพที่ 8

เขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนและสัดส่วนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการแพทย์วิชาชีพต่างๆ ต่อจำนวนประชากร ดังตารางที่ 3

ตำแหน่ง (คน)	กรอบชั้นสูง	เขตสุขภาพ ที่ 8	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
นายแพทย์	2,006	1,726	544	397	178	174	212	124	97
อัตรา 1:ประชากร	2,746	3,191	2,873	2,885	4,026	3,663	2,433	4,099	4,347
ทันตแพทย์	661	497	118	88	83	71	60	44	33
อัตรา 1:ประชากร	8,333	11,083	13,246	13,013	8,634	8,977	8,597	11,553	12,778
เภสัชกร	985	846	232	174	104	113	92	67	64
อัตรา 1:ประชากร	5,592	6,511	6,737	6,582	6,891	5,640	5,606	7,587	6,589

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

จำนวนและสัดส่วนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ เขตสุขภาพที่ 8 (ต่อ)

ตารางที่ 3 จำนวนและสัดส่วนบุคลากรรายวิชาชีพต่อประชากร เขตสุขภาพที่ 8 (ต่อ)

ตำแหน่ง (คน)	กรอบชั้นสูง	เขตสุขภาพ ที่ 8	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
พยาบาล	12,459	9,812	2,815	2,166	1,218	1,304	1,021	599	689
อัตรา1: ประชากร	442	561	555	529	588	489	505	849	612
นัก กายภาพ บำบัด	474	308	85	74	33	41	29	20	26
อัตรา 1:ประชากร	11,620	17,883	18,389	15,476	21,717	15,545	17,786	25,416	16,219
นัก เทคนิค การ แพทย์	272	441	127	94	46	60	46	35	33
อัตรา 1:ประชากร	20,250	12,490	12,307	12,183	15,579	10,622	11,213	14,524	12,778
นักรังสี การ แพทย์	263	61	13	17	8	8	5	6	4
อัตรา 1:ประชากร	20,943	90,296	120,234	67,364	89,581	79,668	103,159	84,721	105,421
นัก วิชาการ สาธารณสุข	6,061	2,510	729	383	373	379	268	140	238
อัตรา 1:ประชากร	909	2,194	2,144	2,990	1,921	1,682	1,925	3,631	1,772
แพทย์ แผนไทย	425	393	100	112	43	44	42	23	29
อัตรา 1:ประชากร	12,960	14,015	15,630	10,225	16,666	14,485	12,281	22,101	14,541

ที่มา : โปรแกรม R8-HRMS สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ณ พฤศจิกายน 2567

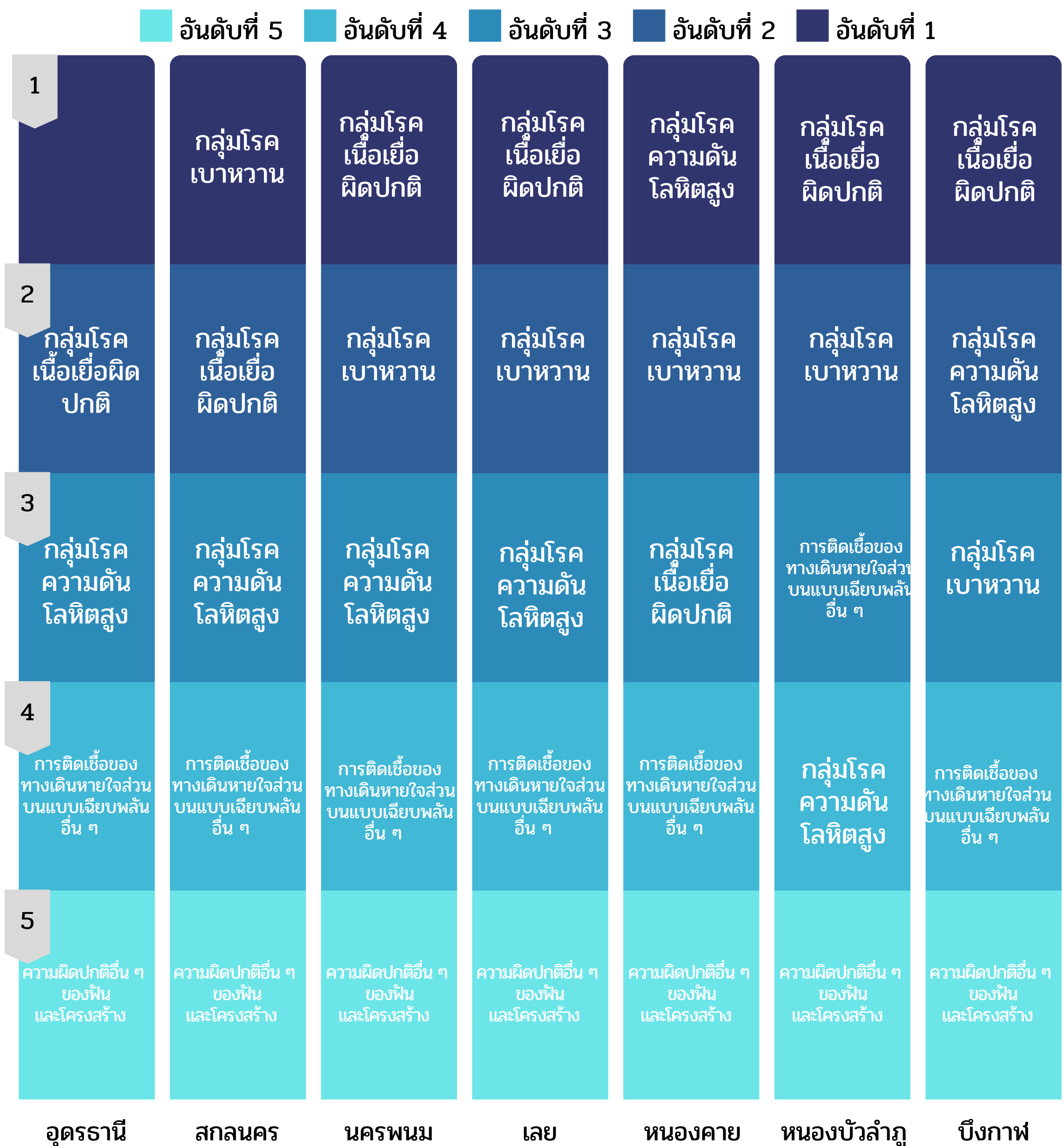
1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ

ผู้ป่วยนอก (OPD) 5 อันดับโรค เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567

เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก 8,303,196 ครั้ง แยกตามกลุ่มโรค พบมากที่สุด คือ กลุ่มโรคเบาหวาน (DM) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษา ติดตามอย่างต่อเนื่อง รองลงมา คือ กลุ่มโรคเนื้อเยื่อผิดปกติ, กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง (HT), กลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ, และกลุ่มบริการด้านทันตกรรม ตามลำดับ ดังภาพที่ 8



เขตสุขภาพที่ 8



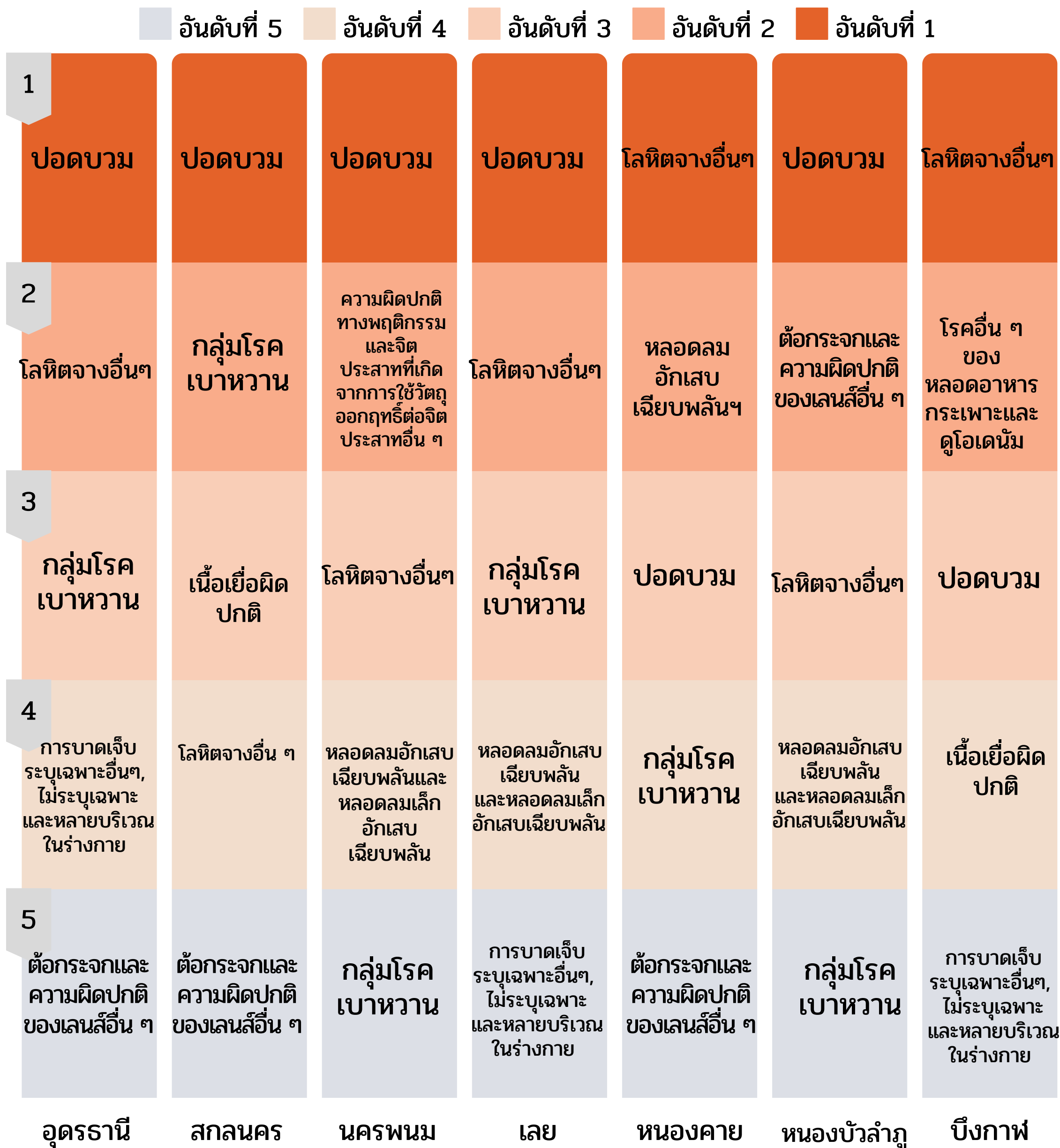
ภาพที่ 8 ผู้ป่วยนอก (OPD) 5 อันดับกลุ่มโรค เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567
ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ กันยายน 2567

1.4.2 ผู้ป่วยใน (IPD) 5 อันดับกลุ่มโรค เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567

เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้มารับบริการผู้ป่วยใน 196,364 คน แยกตามกลุ่มโรค (298 โรค) ที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มโรคปอดบวม รองลงมาคือ โรคโลหิตจาง, โรคเบาหวาน, ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์อื่น ๆ , หลอดลมอักเสบเฉียบพลันและหลอดลมเล็กอักเสบเฉียบพลัน ตามลำดับดังภาพที่ 9



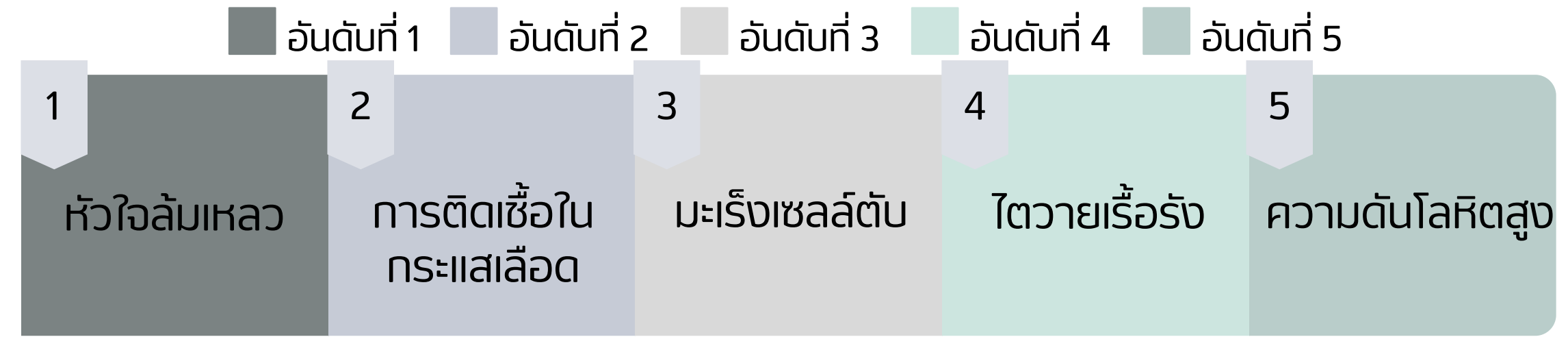
เขตสุขภาพที่ 8



ภาพที่ 9 ผู้ป่วยใน (IPD) 5 อันดับกลุ่มโรค (298 โรค) เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567
ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ กันยายน 2567

1.4.3 สาเหตุการตาย 5 อันดับ เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567

เขตสุขภาพที่ 8 มีข้อมูลสาเหตุการตายสูงสุด คือ หัวใจล้มเหลว รองลงมาคือ การติดเชื้อในกระแสเลือด, มะเร็งเซลล์ตับ, ไตวายเรื้อรัง และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ดังภาพที่ 10



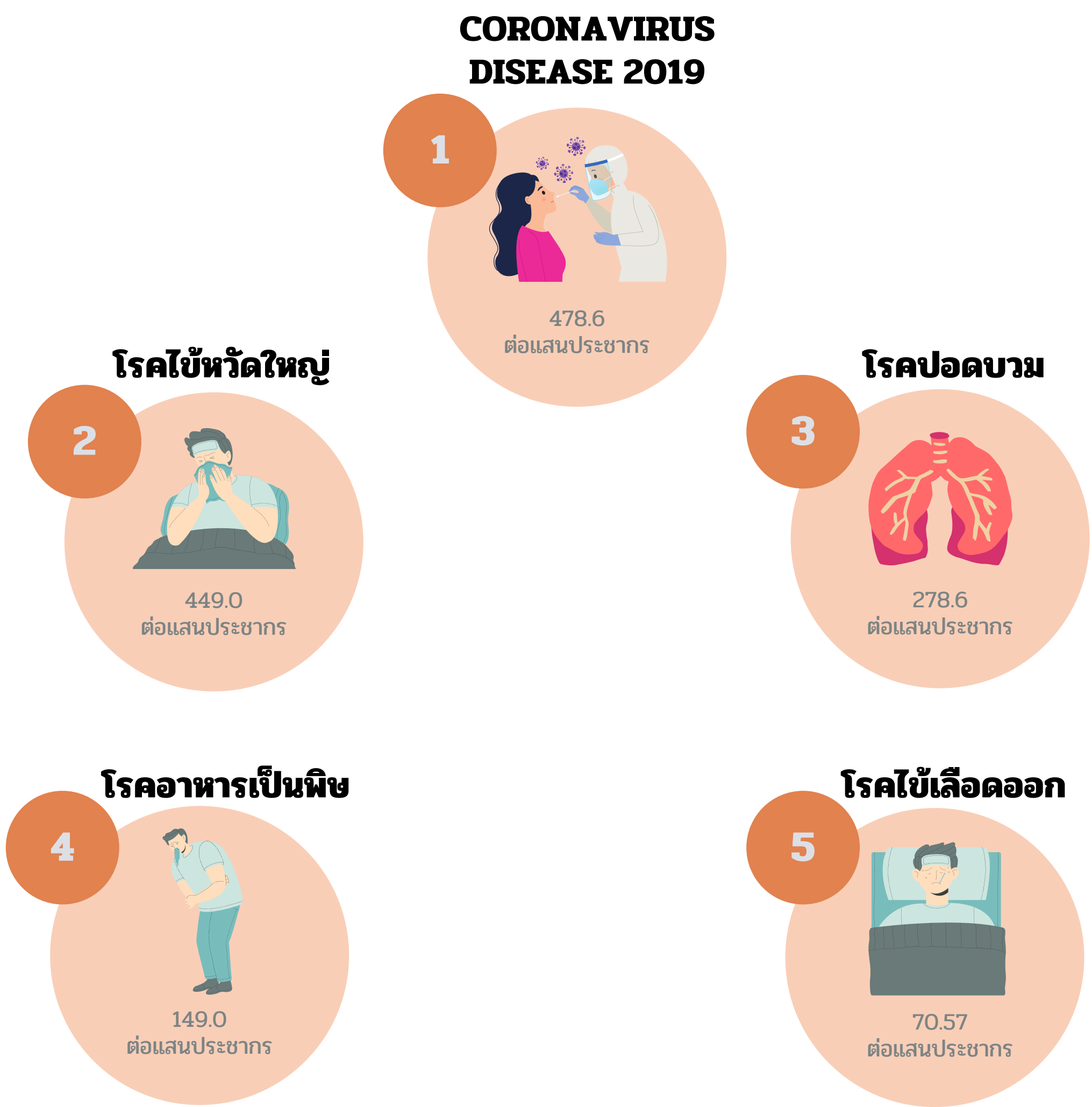
เขตสุขภาพที่ 8



ภาพที่ 10 สาเหตุการตาย 5 อันดับ เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2567
ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ พฤศจิกายน 2567

1.4.4 อัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567 (ผู้ป่วยนอก)

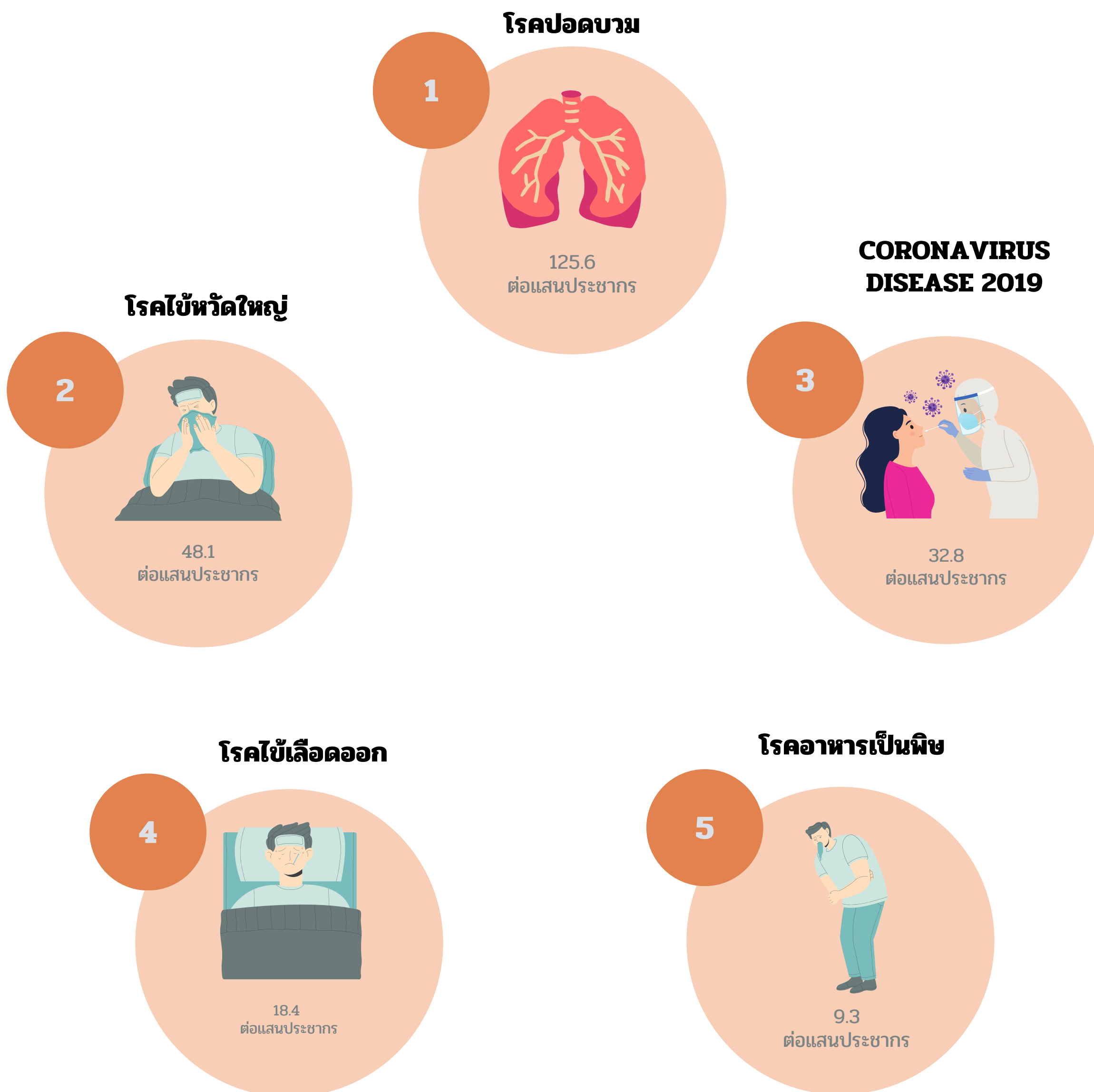
เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราป่วยของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง มากที่สุด คือ CORONAVIRUS DISEASE 2019 คิดเป็นอัตราป่วย 478.6 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ 449.0 ต่อแสนประชากร, โรคปอดบวม 278.6 ต่อแสนประชากร, โรคอาหารเป็นพิษ 149.0 ต่อแสนประชากร, โรคไข้เลือดออก 70.57 ต่อแสนประชากร และโรคมือ เท้า ปาก 55.5 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ดังภาพที่ 11



ภาพที่ 11 อัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2567 (ผู้ป่วยนอก)
ที่มา : ZR506 DASHBOARD สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ กันยายน 2567

1.4.5 อัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567 (ผู้ป่วยใน)

เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราป่วยของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง มากที่สุด คือ โรคปอดบวม คิดเป็นอัตราป่วย 125.6 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ 48.1 ต่อแสนประชากร, CORONAVIRUS DISEASE 2019 32.8 ต่อแสนประชากร, โรคไข้เลือดออก 18.4 ต่อแสนประชากร และโรคอาหารเป็นพิษ 9.3 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ดังภาพที่ 11



ภาพที่ 11 อัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2567 (ผู้ป่วยใน)
ที่มา : ZR506 DASHBOARD สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ กันยายน 2567



2

ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2568





2

ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2568



แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8 พ.ศ. 2568 - 2570 (รอบปี 2568)

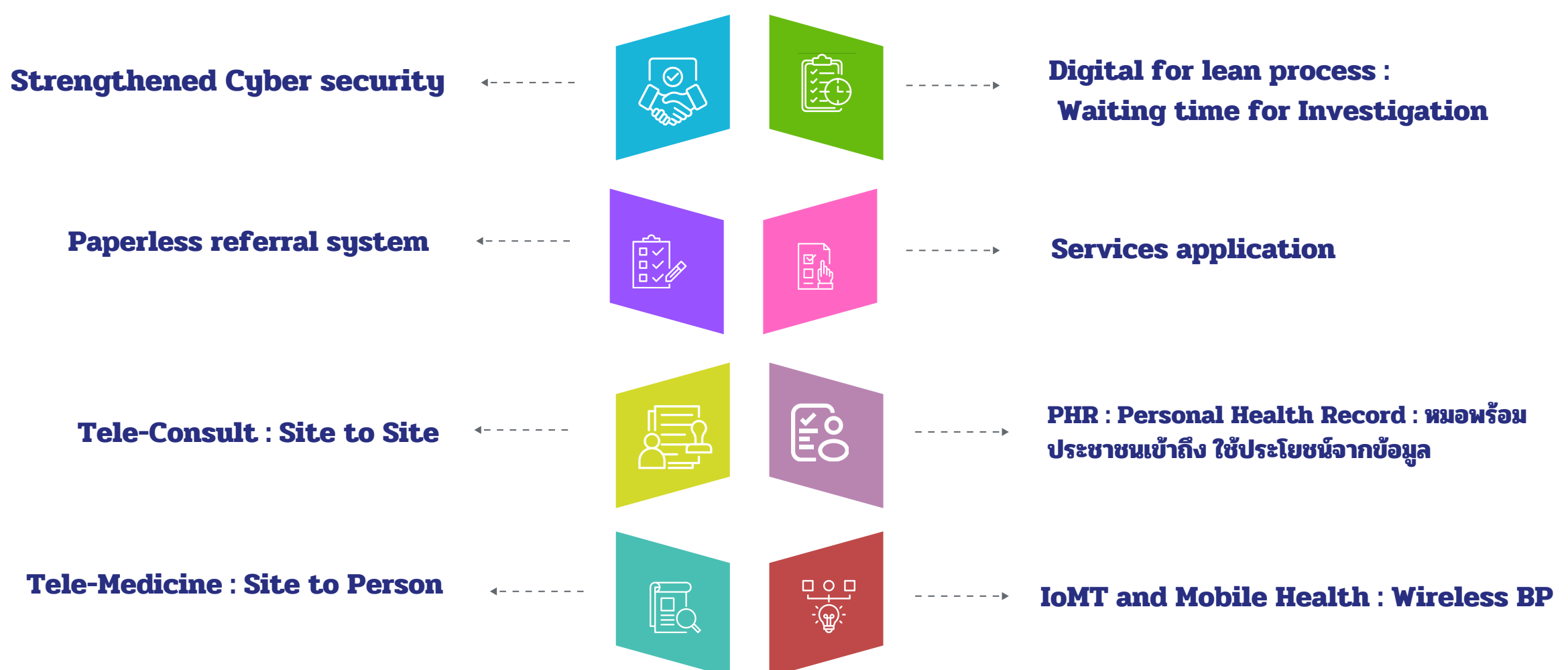
VISION

องค์กรด้านสุขภาพมุ่งเน้นวิจัยนวัตกรรม บริหารจัดการแบบธรรมาภิบาล เพื่อประชาชนสุขภาพดี ภาครัฐมีส่วนร่วม

Mission

- ส่งเสริม สนับสนุน และขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศและดิจิทัล ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการเฉพาะ ระบบสนับสนุนบริการ และโครงการพิเศษ
- ประสาน สนับสนุน การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และการพัฒนาองค์ความรู้ในวิชาชีพ งานวิจัย และนวัตกรรม
- ประสาน ส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการเฉพาะ ระบบสนับสนุนบริการ และโครงการพิเศษให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ
- ประสาน สนับสนุน การบริหารจัดการด้านการเงินและการคลังในหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ
- ประสาน ส่งเสริม สนับสนุน อำนวยความสะดวกด้านการบริหารจัดการองค์กรให้เป็นไปตามระเบียบ มีธรรมาภิบาล และมีประสิทธิภาพ

Policy of R8 Digital Health 2025



ค่านิยม (Core value)



Goal

เป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน



การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8

ตัวชี้วัดมุ่งเน้นทางยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2568

PP&P Excellence

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)



2. ป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ



3. บริหารจัดการสิ่งแวดล้อม



Service Excellence

1. พัฒนาระบบบริการแพทย์ปฐมภูมิ

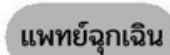


2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)



Common Diseases ยาสูบไฟโร/ SMI-V/ Community-acquired/ มะเร็ง/ CKD stage 5/ บริจาคอวัยวะ

3. พัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรฯ



People Excellence

1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
บริหารจัดการกำลังคน

Health Economic Excellence

1. อุตสาหกรรมแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
ความงาม และแพทย์แผนไทย



Governance Excellence

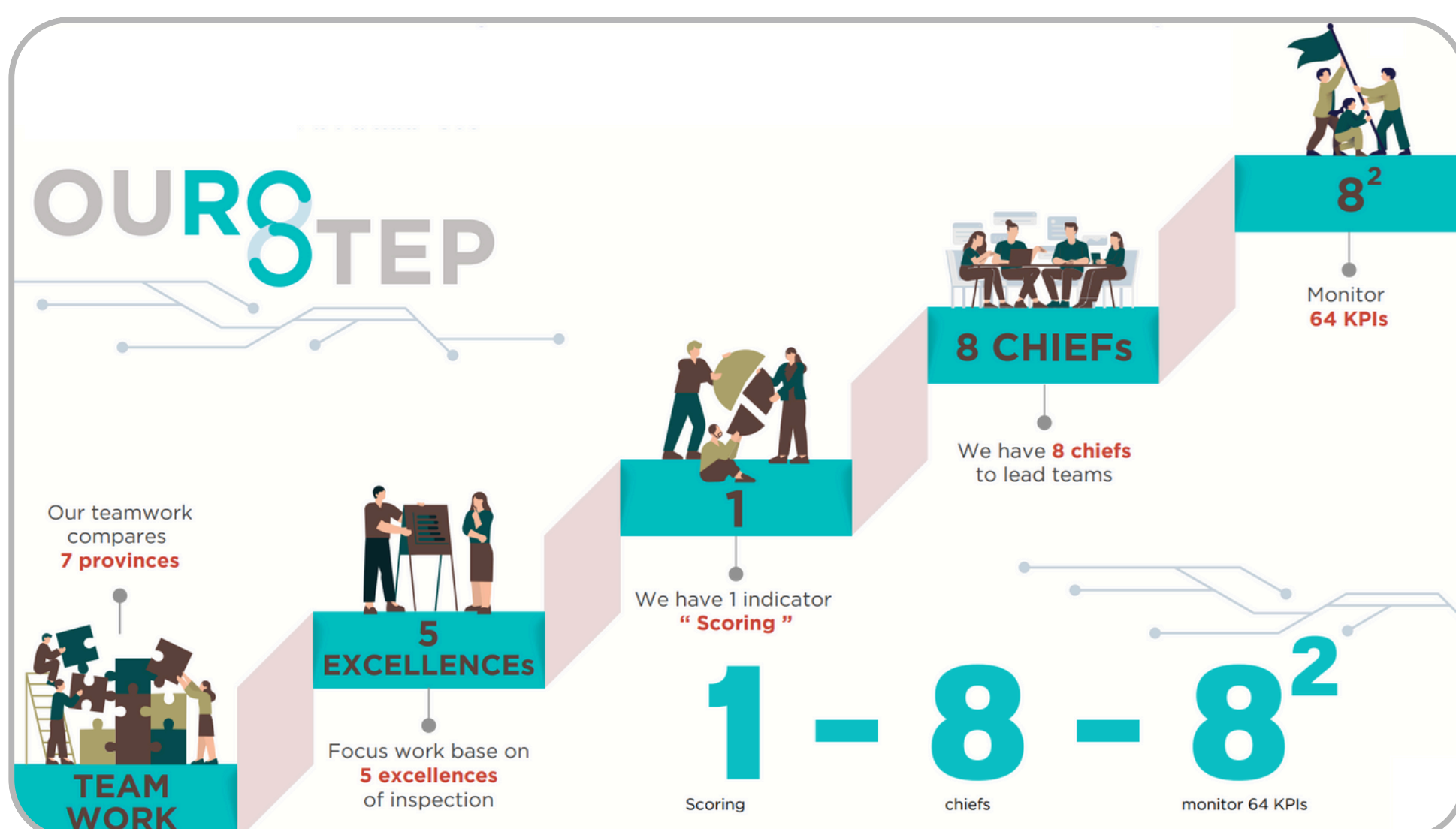
1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลอัจฉริยะ
2. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ



3. บริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ



การกำกับและประเมินผล



1 SCORING

- มี 5 ระดับคะแนน
- ตั้งแต่ระดับโครงสร้างถึงนวัตกรรม
- วางแผนตามคะแนน



8 CHIEFS

- CFO
- CHRO
- CIO
- CSO
- COO
- CDO
- CKO
- CNPO

5 EXCELLENCES : 8 X 8 KPIS

- AGENDA BASED
- FUNCTIONAL BASED
- AREA BASED
- กลุ่มตรวจราชการ
- ผู้แทนจากกรม
- ศูนย์วิชาการ
- สนข.8

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและ เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568



**ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ**
(Promotion Prevention &
Protection Excellence)

12 ตัวชี้วัด



บริการเป็นเลิศ
(Service Excellence)
33 ตัวชี้วัด



บุคลากรเป็นเลิศ
(People Excellence)
2 ตัวชี้วัด

ยุทธศาสตร์ 5 EXCELLENCE



**บริหารเป็นเลิศ
ด้วยธรรมาภิบาล**
(Governance
Excellence)
14 ตัวชี้วัด



เศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ
(Health Economic
Excellence)
3 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดมุ่งเน้นทางยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPIs
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	1.อัตราการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน	สุนิสา ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี
	2.ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปีมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 87	สุนิสา ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี
	3.ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการ พัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 20	มาลินี, ภาณุพงศ์, ปิยะวุฒิ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
	4.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ 96.68	สุนิสา ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี
	5.อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป	ร้อยละ 82	วิรุร ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี
	6.ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และ อุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	ร้อยละ 53	ธนวัฒน์ สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
	7.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบา หวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง (2 KPIs) - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ 70	ปวีณา สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
	8.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรค ความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 85	ปวีณา สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
	9.อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่ม เด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ลดลง	ลดลงร้อยละ 3	พลทรัพย์,ริดารัตน์ สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
	10.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาามัยสิ่งแวดล้อมได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับ มาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย) - ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ 90	เรืองยศ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี
	11.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาามัยสิ่งแวดล้อมได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับ ท้าทาย)	ร้อยละ 25	เรืองยศ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี
	12.ร้อยละจังหวัดมีการดำเนินงานราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ	ร้อยละ 100	CIO ,สคร.8 , ศจ.8, ศอ.8 , รพจ.เลย , รพจนครพนม

ตัวชี้วัดมุ่งเน้นทางยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPIs
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	13.จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	3,100 หน่วย (เขต 8 = 558 หน่วย)	นางฤๅดี สนง.เขตสุขภาพที่ 8
	14.ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ 90 (เขต 8 = 407 ตำบล)	กัญจนา ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8
	15.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	< ร้อยละ 7	มูจลินทร์ สำนักงานแพทยเขตสุขภาพที่๘
	16.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88	ศิริรัตน์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
	17.อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85	ศิริรัตน์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
	18.อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	มูจลินทร์ สำนักงานแพทยเขตสุขภาพที่๘
	19.ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 45	
	20.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Disease and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร	ร้อยละ 10	
	21.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	> ร้อยละ 30	วีระพงษ์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
	22.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (crude suicide rate)	≤ 7.8 ต่อประชากร แสนคน	วีระพงษ์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
	23.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	> ร้อยละ 65	วีระพงษ์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
	24.ร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากปีที่ผ่านมา	> ร้อยละ 10	วีระพงษ์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
	25.ร้อยละของจังหวัดที่เปิดมินิธัญญารักษ์ มีอัตราการครองเตียงอย่างน้อยร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 60	รพ.ธัญญารักษ์ - นพ. เคารพ วัฒนะยา , นายรชต เกตุเล็ก รพจ.นพ. - นายวรสันต์ แผ่นพรหม รพจ.เลย - นางเพ็ญสุตา ไชยเมือง



ตัวชี้วัดมุ่งเน้นทางยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPIs
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	26.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป - หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดติดคุณภาพ ใน รพศ., รพท. ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	รพจ.เลย - เพ็ญสุตา รพจ.นพ. - ดวงใจ
	27.ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ 85	รพจ.นพ. - วรสันต์ รพจ.เลย - เพ็ญสุตา
	28.อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Accessibility Rate) ในเขตสุขภาพ	≥ ร้อยละ 20	รพจ.นพ. - วรสันต์ รพจ.เลย - เพ็ญสุตา
	29.ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้เข้าถึงบริการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ในเขตสุขภาพ	≥ ร้อยละ 58	รพจ.นพ. - วรสันต์ รพจ.เลย - เพ็ญสุตา
	30.อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ 26	
	31.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 9	มูจลินทร์ สำนักงานแพทย์ เขตสุขภาพที่๘
	32.ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (2 KPIs) - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 70	มูจลินทร์ สำนักงานแพทย์ เขตสุขภาพที่๘
	33.ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า	ลดลง > ร้อยละ 10	มูจลินทร์ สำนักงานแพทย์ เขตสุขภาพที่๘
	34.อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A,S,M1) (อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ)	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนในปีงบประมาณก่อนหน้า (≥ ร้อยละ 0.35 ประเทศ) เขต 8 ≥ ร้อยละ 1.71	มูจลินทร์ สำนักงานแพทย์ เขตสุขภาพที่๘
	35.ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)	≥ ร้อยละ 25	มูจลินทร์ สำนักงานแพทย์ เขตสุขภาพที่๘
	36.ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	≥ ร้อยละ 50	SP มะเร็ง

ตัวชี้วัดมุ่งเน้นทางยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPIs
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	37.ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ 50	มูจลินทร์ สำนักการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 8
	38.ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ร้อยละ 50	รพจ.นพ. - วรสันต์ รพจ.เลย - เพ็ญสุตา
	39.ร้อยละกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ OV	≥ ร้อยละ 95	ประวีณา สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
	40.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	ร้อยละ 70	นพ. เคารพ นายรชต เกตุเล็ก รพ.ธัญญารักษ์
	41.ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 28	สุรัชชัย สำนักงานเขตสุขภาพ ที่ 8
	42.อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	< ร้อยละ 5	มูจลินทร์ สำนักการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 8
	43.ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ 80	พันธมน สำนักงานเขตสุขภาพ ที่ 8
	44.สถานชีวาภิบาล / กุฎชีวาภิบาล - เขตสุขภาพอบรมพระคิลานุปัฏฐากได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด 100 รูป	ลดลง > ร้อยละ 10	สุนิสา ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี
ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	45.อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี	ลดลงจากค่า มัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 20	วราภรณ์ สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
	46.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ - การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง	ไม่เกินร้อยละ 4	พิมพร สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
	47.ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ	ร้อยละ 0.5	พิมพร สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

ตัวชี้วัดมุ่งเน้นทางยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPIs
ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	48.ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	ร้อยละ 100	พัฒนรัฐ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
	49.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับทองขึ้นไป (Smart Hospital)	ร้อยละ 15	พัฒนรัฐ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
	50.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 94	พรทิพย์ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
	51.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน (3 KPIs) - ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน	ร้อยละ 100	ศทาวุธ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
	52. - ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน	ร้อยละ 100	ศทาวุธ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
	53.ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน	ร้อยละ 92	ศทาวุธ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
	54.ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามที่กำหนด - ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกินร้อยละ 10	บุญนิภา ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี
	55.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	มากกว่าร้อยละ 70	บุญนิภา ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี
	56.ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่ มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ลดลงจากค่า มัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 20	บุญนิภา ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี
	57.ร้อยละการบริหารจัดการงบลงทุน ปี 2568	ร้อยละ 100	CIO สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

ตัวชี้วัดมุ่งเน้นทางยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPIs
ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	58.ร้อยละของรายการสินทรัพย์มีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามบัญชีในระบบ GF-MIS	ร้อยละ 100	พินดาธาร สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
	59.ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	จงรักษ์ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
	60.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสภาวะวิกฤตทางการเงิน (2 KPIs) - ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7)	≤ ร้อยละ 2	ชัยรินทร์ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
	61.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6)	≤ ร้อยละ 4	ชัยรินทร์ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
ยุทธศาสตร์ที่ 5 เศรษฐกิจสุขภาพ เป็นเลิศ (Health Economic Excellence)	62.อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	ร้อยละ 20	นิพนธ์ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8
	63.อัตราการขยายตัวของกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (proxy: ร้อยละสถานประกอบการมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์)	ร้อยละ 10	นิพนธ์ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8
	64.ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	ร้อยละ 90	ภก.จันทร์จรัส จงสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



เกณฑ์การพิจารณา SCORING ของตัวชี้วัด เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	ระดับ 1 มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ	ระดับ 2 เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ระดับ 3 ผลงานบรรลุตามเป้าหมายขั้นต้น - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ (ไม่เกิน 16 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)	ระดับ 4 ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเขตหรือประเทศ - เป็น Best practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมายและองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	ระดับ 5 นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 และ 2 มีแต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 มีผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเขต แต่ไม่มี Best practice	SCORE 4.5 4.5 Best practice - เป็น Best practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : สุนิสา

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

หมายเหตุ :

2. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 87	ระดับ 1 มี โครงสร้าง แนว ปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการ ทำงาน - มีการวิเคราะห์ ปัญหา และ แนวทางการแก้ไข ปัญหา	ระดับ 2 เกิดกระบวนการตาม มาตรการสำคัญ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรการ สำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิด ผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ระดับ 3 ผลงานบรรลุตามเป้าหมาย ขั้นต้น - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 และ ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ (เด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อย ละ 87)	ระดับ 4 ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มี ผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเขต หรือประเทศ - เป็น Best practice มีผลงานเป็น แบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ใน พื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมายและองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	ระดับ 5 นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ
				SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5
				2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 และ 2 มีแต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 มี ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และ ผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย เขต แต่ไม่มี Best practice	4.5 Best practice - เป็น Best practice ที่มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือ ระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือ ระดับประเทศ

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : สุนิสา

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์

หมายเหตุ :

3. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
3. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 20	มีโครงสร้างและแนวทางปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบงานตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญนำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายข้างต้น - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 20	ผลลัพธ์โดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น best practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่านำไปสู่เป้าหมายและองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเกณฑ์เป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 โดยที่- มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 โดยที่ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 20 และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขตไม่มี best practice	SCORE 4.5 best practice - เป็น best practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตหรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มาลินี ภาณุพงศ์ ปิยะวุฒิ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

หมายเหตุ :

4. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
4. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ 96.68	ระดับ 1 มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา	ระดับ 2 เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ระดับ 3 ผลงานบรรลุตามเป้าหมายขั้นต้น - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ (ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 96.68)	ระดับ 4 ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเขตหรือประเทศ - เป็น Best practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่านำไปสู่เป้าหมายและองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	ระดับ 5 นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 และ 2 มีแต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 มีผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเขต แต่ไม่มี Best practice	SCORE 4.5 4.5 Best practice - เป็น Best practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : สุนิสา

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์

หมายเหตุ :

5. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
5. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป	ร้อยละ 82	ระดับ 1 มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข	ระดับ 2 เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 - มีมาตรการการขับเคลื่อนตัวชี้วัด - มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติ	ระดับ 3 ผลงานบรรลุตามเป้าหมายขั้นต้น - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ (-จำนวนหน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ที่จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม 210 แห่ง - จำนวนประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 5,000 คน - สัดส่วนประชากรที่มี HL เพียงพอ ร้อยละ 82)	ระดับ 4 ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเขตหรือประเทศ - Best practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่านำไปสู่เป้าหมาย องค์กรและประชาชนได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับ	ระดับ 5 นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ เป็นต้น
			SCORE 2.5 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 และ 2 เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้ แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 มีผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และ	SCORE 4.5 4.5 Best practice - เป็น Best practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : วิรุธ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์

หมายเหตุ :

6.ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
6.ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	> ร้อยละ 5 (รอบ 12 เดือน) baseline ปี 67 ร้อยละ 48.18	1.มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาล 2.มีคำสั่ง หรือมีคณะกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาล	มีผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา หรือมีการทบทวนและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา	ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ร้อยละ 53	จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาล เป็น best practice หรือ สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต และ ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ > ร้อยละ 53	จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาล ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ และระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ > ร้อยละ 53
			SCORE 2.5 มีแผนการดำเนินงาน หรือ ออกแบบกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อน/พัฒนางานในปี 2568	SCORE 3.5 ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ > ร้อยละ 53	SCORE 4.5 จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาล เป็น แหล่งเรียนรู้ระดับประเทศ หรือเป็น ตัวแทนเขตเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับประเทศ และระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ > ร้อยละ 53	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายธนวัฒน์ ชนะแสงง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หมายเหตุ :

7. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง (2 KPIs)

- ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
7. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (2 KPIs) - การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ 70	1. มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีคำสั่ง หรือมีคณะกรรมการระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ	มีผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา หรือมีการทบทวนผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา	1. มีผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ≥ ร้อยละ 70 2. ผลงานผ่านเกณฑ์แต่ไม่เกินค่าเฉลี่ยเขต	1. จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็น best practice หรือ สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต 2. มีผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ≥ ร้อยละ 70	1. จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ 2. มีผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ≥ ร้อยละ 70
				SCORE 2.5 1. มีแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง ในปี 2568 2. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานตรวจติดตามโรคเบาหวานครอบคลุมทุกมาตรการ แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 1. มีผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ≥ ร้อยละ 70 2. ผลงานผ่านเกณฑ์และมากกว่าค่าเฉลี่ยเขต	SCORE 4.5 1. จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นแหล่งเรียนรู้ระดับเขต หรือเป็นตัวแทนเขตเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับประเทศ 2. มีผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ≥ ร้อยละ 70

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางปวีณา หันจางสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หมายเหตุ :

8. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
8. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 85	1. มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีคำสั่ง หรือมีคณะกรรมการระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ	มีผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมาหรือมีการทบทวนผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา	1. มีผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ ร้อยละ 85 2. ผลงานผ่านเกณฑ์แต่ไม่เกินค่าเฉลี่ยเขต	1. จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็น best practice หรือ สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต 1. มีผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ ร้อยละ 85	1. จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ 2. มีผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ ร้อยละ 85
				SCORE 2.5 1. มีแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงในปี 2568 2. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานตรวจติดตามโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมทุกมาตรการ แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 1. มีผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ ร้อยละ 85 2. ผลงานผ่านเกณฑ์และมากกว่าค่าเฉลี่ยเขต	SCORE 4.5 1. จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นแหล่งเรียนรู้ระดับเขต หรือเป็นตัวแทนเขตเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับประเทศ 2. มีผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ ร้อยละ 85

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางปวีณา หันงามสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หมายเหตุ :

9.อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ลดลง

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
9.อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ลดลง	ร้อยละ 3	1. มีผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัดหรืออำเภอหรือ โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ ปฐมภูมิ 2. มีคำสั่ง หรือมี คณะกรรมการระดับจังหวัด หรืออำเภอหรือโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ	มีผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมาหรือมี การทบทวนผลการดำเนินงานปีที่ ผ่านมา	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและ เยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ลดลง ร้อยละ 1 ขึ้นไป	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและ เยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ลดลง ร้อยละ 2 ขึ้นไป	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและ เยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ลดลง ร้อยละ 3 ขึ้นไป
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			มีแผนการดำเนินงานเพื่อ ขับเคลื่อน/พัฒนางาน ในปี 2568	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและ เยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ลดลง ร้อยละ 1.5 ขึ้นไป	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและ เยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ลดลง ร้อยละ 2.5 ขึ้นไป	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาวพูลทรัพย์ โพนสิงห์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ / นางสาวธิดารัตน์ สุวรรณบุษมา นักวิชาการสาธารณสุข

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มโรคไม่ติดต่อ / กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หมายเหตุ :

10. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาโมยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย)

- ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
10. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาโมยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย) - ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ 90	มีโครงสร้างและได้รับผิดชอบงาน - มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน	มีนโยบายผู้บริหารโรงพยาบาลในการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 85-90	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95 ขึ้นไป	มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์สูงกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ มีนวัตกรรม/เป็นแหล่งเรียนรู้
				SCORE 2.5 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป < ร้อยละ 85	SCORE 3.5 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป > ร้อยละ 90-95 แต่ไม่มี Best practice	SCORE 4.5 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 - Best practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขต

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : เรืองยศ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

หมายเหตุ :

11. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
11. ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย	ร้อยละ 25	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน - มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานใน ประเด็นท้าทายที่ชัดเจนและเป็น รูปธรรม ขับเคลื่อนท้าทายแต่ละด้าน	มีนโยบายผู้บริหารโรงพยาบาลใน การขับเคลื่อนการดำเนินงานใน ประเด็นท้าทายที่ชัดเจนและเป็น รูปธรรม	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับ ท้าทาย ร้อยละ 20-25	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับ ท้าทาย ร้อยละ 30 ขึ้นไป	มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์สูงกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ มีนวัตกรรม/ เป็นแหล่งเรียนรู้
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย < ร้อยละ 20	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับ ท้าทาย > ร้อยละ 25-30 แต่ไม่มี Best practice	-โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC G4ทำ ท้าทาย ร้อยละ 30 ขึ้นไป และมี รพ.ผ่าน ครบทั้ง 4 ประเด็น - Best practice มีผลงานเป็น แบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ใน พื้นที่ ระดับเขต	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : เรืองยศ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์

หมายเหตุ :

12. ร้อยละจังหวัดมีการดำเนินงานราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
12. ร้อยละจังหวัดมีการดำเนินงานราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ	ร้อยละ 100	1. มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2. มีคณะกรรมการระดับจังหวัด 3. มีผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา 4. มีแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน/พัฒนางานในปี 2568	1. มีการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.1 การควบคุมโรค 1.2 การจัดระบบบริการ 1.3 ระบบปรึกษาทางไกล (Telemedicine)	1. โรงพยาบาลแม่ข่าย ปฏิบัติงานตามแผนการ ให้บริการตรวจรักษา มีตารางเวรการให้บริการ / รายชื่อผู้รับผิดชอบงาน บริการสุขภาพผู้ต้องขัง ในเรือนจำ ทณฑสถาน ในพื้นที่เป้าหมาย 2. มีการเชื่อมต่อข้อมูลจากสถานพยาบาลเรือนจำ	โรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายเป็น best practice หรือ สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต	ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5 1.4 การควบคุมคุณภาพการบำบัดยาเสพติด 1.5 การควบคุมคุณภาพการบำบัดพฤติกรรม 1.6 การนำเข้าข้อมูลรายงาน สสรจ. 101 1.7 มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยใน ที่พักรักษา มีระบบ Fast tract / Fast Pass	SCORE 3.5 1. มีการจัดบริการตาม เป้าหมายที่วางไว้ 2. มีฐานข้อมูลสุขภาพ ของผู้ต้องขัง 3. มีการรายงาน สสรจ. 101 ครบถ้วนตรงเวลา ทุกวันที่ 7 ของเดือน	SCORE 4.5 เครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ เป็นแหล่งเรียนรู้ระดับเขต หรือเป็นตัวแทนเขตเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : ศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ 8 / นางพนธมน นกามาต / นางสาวณพัฏ ธรรมวิภาค / นายวีระวัฒน์ ศิริรัตนไพบูลย์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ 8 และ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

13.จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
13.จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	3,100 หน่วย (เขต 8 = 558 หน่วย)	1) มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน 2) มีแผนการขึ้นทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (มีการดำเนินงานครบทั้ง 2 ข้อ)	1) มีการกำหนดเป้าหมายการ ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 2) มีการเตรียมการในการขึ้น ทะเบียน หน่วยบริการ เช่น การอบรมแพทย์FM ข้อมูล หน่วยบริการ เป็นต้น (มีการดำเนินงานครบทั้ง 2 ข้อ)	1) มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ได้ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 2) มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ คู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐม ภูมิ ปี 2566 (มีการดำเนินงานครบทั้ง 2 ข้อ)	1) มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ได้ ร้อยละ 100 2) มีการแลกเปลี่ยนการ ดำเนินงานตามเกณฑ์คู่มือ มาตรฐาน ฯ ในจังหวัด 3) มีการนำมาตรฐานของ หน่วยงานภายนอกมาประเมิน คุณภาพ เช่น สรพ. (มีการดำเนินงานอย่างน้อย 2 ข้อ)	1) ผ่านการประเมินคุณภาพ จาก หน่วยงานภายนอก เช่น สรพ. 2) ได้รับรางวัลของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ระดับเขตขึ้นไป (มีการดำเนินงาน 2 ข้อ)
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			1) มีแพทย์ที่ผ่านอบรม FM สามารถขึ้นทะเบียนได้ น้อย กว่าร้อยละ 50	1) มีการขึ้นทะเบียน หน่วย บริการได้ มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80 2) มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ คู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐม ภูมิ ปี 2566 (มีการดำเนินงานครบทั้ง 2 ข้อ)	1) มีหน่วยบริการที่เป็นต้นแบบ ตามคุณภาพมาตรฐานปฐมภูมิ พ.ศ.2562 หรือได้รับรางวัลใน ระดับจังหวัด 2) มีการทำงานร่วมกันระหว่างภาคี เครือข่าย (มีการดำเนินงานครบทั้ง 2 ข้อ)	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาวนฤดี ศิรินาม

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(CSO) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

14. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
14. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ 90	1. มีผู้รับผิดชอบงาน ระดับจังหวัด 2. มีข้อมูลพื้นฐาน: ผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา 3. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ ระดับจังหวัด	1. มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ ระดับจังหวัด 2. มีการพัฒนาทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพ ระดับจังหวัด/อำเภอ 3. มีการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำและเครือข่ายในพื้นที่ (ตำบล)	1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน ร้อยละ 90	1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน ร้อยละ 90 และมีผลการดำเนินงานมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต 2. มีพื้นที่ต้นแบบ ระดับจังหวัดในการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ	1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน ร้อยละ 90 และมีผลการดำเนินงานมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของประเทศ 2. ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			1. ส่งเสริม สนับสนุน ให้ชุมชนเป้าหมาย มีการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพในพื้นที่ 2. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน น้อยกว่าร้อยละ 90	1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน ร้อยละ 90 และมีผลการดำเนินงานมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต	1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน ร้อยละ 90 และมีผลการดำเนินงานมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต 2. เป็น Best Practice ในการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับเขต	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาวกัญญา เ่งดี

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

15. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
15. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ได้รับการรักษาใน Stroke unit (2 KPIs) - อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	< ร้อยละ 7	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตาม มาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต้น - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือ เท่ากับค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็น แนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขตที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
				SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5
				ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย ของเขตไม่มี Best Practice	Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับ เขตหรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มุจลินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

16.อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
16. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88	1.มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ 2.มีคำสั่ง หรือมีคณะกรรมการระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ	มีสรุปผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมาหรือมีการทบทวนผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ $\geq$ ร้อยละ 70	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ $\geq$ ร้อยละ 88	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ $\geq$ ร้อยละ 88
			มีแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน/พัฒนางาน ในปี 2568	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ $\geq$ ร้อยละ 88	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ $\geq$ ร้อยละ 88	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาวศิริรัตน์ นามรัง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเรื้อน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หมายเหตุ :

17. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
17. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85	1. มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีคำสั่ง หรือมีคณะกรรมการระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ	มีสรุปผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมาหรือมีการทบทวนผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ $\geq$ ร้อยละ 70	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ $\geq$ ร้อยละ 85	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ $\geq$ ร้อยละ 85
			SCORE 2.5 มีแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน/พัฒนางานในปี 2568	SCORE 3.5 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ $\geq$ ร้อยละ 85	SCORE 4.5 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ $\geq$ ร้อยละ 85	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาวศิริรัตน์ นามวัง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเรื้อน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หมายเหตุ :

18.อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
18.อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตาม มาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต้น - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงาน เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนว ปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขตที่ สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่ เป้าหมาย และองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัล ระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
			SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	SCORE 4.5 Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขต หรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มุจลินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

19. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
19. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 45	- มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา	- เกิดกระบวนการตามมาตรฐานการสำคัญ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรฐานการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติเกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต่ำ	- มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 - มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขตที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	- นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
				มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	- มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 - โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต - ไม่มี Best Practice	- Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตหรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) :

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กรมแพทย์แผนไทย

หมายเหตุ :

20.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Disease and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
20.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Disease and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร	ร้อยละ 10	- มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไข	- เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติเกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	- ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต้น - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	- ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ในพื้นที่ ระดับเขตที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	- นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
			SCORE 2.5 - ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 - ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	SCORE 4.5 - Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตหรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) :

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กรมแพทย์แผนไทย

หมายเหตุ :

21.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
21.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด มีโครงสร้างการทำงาน มีการวิเคราะห์ปัญหา และ แนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 เกิด การขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายข้างต้น มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 และ ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการ ทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ผลลัพธ์โดดเด่นระดับเขตสุขภาพ มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-3 มี ผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับเฉลี่ยของ เขตหรือประเทศ เป็น best practice มีผลงานเป็น แบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ใน พื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมายและองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่นรางวัลเลิศรัฐ
				SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี อาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ต่ำกว่าร้อยละ 30	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเกณฑ์เป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 โดยที่ ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการ ทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30 และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี best practice	SCORE 4.5 best practice เป็น best practice ที่มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตหรือ ระดับประเทศ เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือ ระดับประเทศ

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายวีระพงษ์ เรียบพร

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต

หมายเหตุ :

22.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (crude suicide rate)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
22. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด มีโครงสร้างการทำงาน มีการวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 เกิดการ ขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายข้างต้น มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 และ ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ อัตราการฆ่าตัว ตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อแสน ประชากร	ผลลัพธ์โดดเด่นระดับเขตสุขภาพ มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-3 มี ผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับเฉลี่ยของ เขตหรือประเทศ เป็น best practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนว ปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ ยอมรับในวิชาชีพ	เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่นรางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ และ 2 แต่ ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเกณฑ์เป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 โดยที่ ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี best practice	SCORE 4.5 best practice เป็น best practice ที่มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตหรือ ระดับประเทศ เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือ ระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายวีระพงษ์ เรียบพร

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต

หมายเหตุ :

23.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
23.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 65	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด มีโครงสร้างการทำงาน มีการวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญมีการดำเนินการตามข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายข้างต้น มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 65	ผลลัพธ์โดดเด่นระดับเขตสุขภาพ มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับเฉลี่ยของเขตหรือประเทศเป็น best practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่านำไปสู่เป้าหมายและองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่นรางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ต่ำกว่าร้อยละ 65	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเกณฑ์เป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 โดยที่ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 65 และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี best practice	SCORE 4.5 best practice เป็น best practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตหรือระดับประเทศ เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายวีระพงษ์ เรียบพร

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต

หมายเหตุ :

24. ร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากปีที่ผ่านมา

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
24. ร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากปีที่ผ่านมา	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด มีโครงสร้างการทำงาน มีการวิเคราะห์ปัญหา และ แนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 เกิดการ ขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่ สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายข้างต้น มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 และ ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ร้อยละของผู้ฆ่าตัว ตายสำเร็จลดลงจากปีที่ผ่านมา ไม่ต่ำ กว่าร้อยละ 10	ผลลัพธ์โดดเด่นระดับเขตสุขภาพ มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์ มากกว่าหรือเท่ากับเฉลี่ยของเขตหรือ ประเทศ เป็น best practice มีผลงาน เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ ในพื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมายและองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่น สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เป็นผลงานที่ได้รับรางวัล ระดับประเทศ เช่นรางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง จากปีที่ผ่านมา ต่ำกว่าร้อยละ 10	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเกณฑ์เป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 โดยที่ ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละของผู้ฆ่าตัว ตายสำเร็จลดลงจากปีที่ผ่านมา ไม่ต่ำ กว่าร้อยละ 10 และคะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี best practice	SCORE 4.5 best practice เป็น best practice ที่มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระดับเขตหรือระดับประเทศ เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือ ระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายวีระพงษ์ เรียบพร

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต

หมายเหตุ :

25. ร้อยละของจังหวัดที่เปิดมินิธัญญารักษ์ มีอัตราการครองเตียงอย่างน้อยร้อยละ 30

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
25. ร้อยละของจังหวัดที่เปิดมินิธัญารักษ์มีอัตราการครองเตียงอย่างน้อยร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 60	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ มีผู้รับผิดชอบงานมินิธัญารักษ์ที่ชัดเจนมีโครงสร้างการทำงานมีการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญห	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญมีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และมีการดำเนินการมินิธัญารักษ์ในการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดอย่างครบวงจร เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายข้างต้น มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่เปิดมินิธัญารักษ์มีอัตราการครองเตียงอย่างน้อย ร้อยละ 30	มีผลลัพธ์โดดเด่นระดับเขตสุขภาพ มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับเฉลี่ยของเขตเป็น best practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่านำไปสู่เป้าหมายและองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	มีแนวปฏิบัติใหม่ ที่เป็นนวัตกรรมระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่เปิดมินิธัญารักษ์มีอัตราการครองเตียงอย่างน้อยร้อยละ 30	ผลลัพธ์เกินกว่าเกณฑ์เป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 โดยที่ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 ของจังหวัดที่เปิดมินิธัญารักษ์มีอัตราการครองเตียงอย่างน้อยร้อยละ 30 และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต แต่ยังไม่ มี best practice	มี best practice เป็น best practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตหรือระดับประเทศ เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นพ.เครพ วัฒนยา / นายรชต เกตุเล็ก

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี กรมการแพทย์

หมายเหตุ :

26. ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

- หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพ ใน รพศ., รพท. ร้อยละ 100

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
26. ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพ	ร้อยละ 100	1. มีผู้รับผิดชอบงานในหอผู้ป่วย 2. มีระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดแบบผู้ป่วยใน 3. เตียง หรือ conner	หอผู้ป่วยเฉพาะทางเพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชและยาเสพติด	1. หอผู้ป่วยเฉพาะทางเพื่อให้การ ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชและยา เสพติด 2. ได้รับการบริการประเมิน ตามแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยใน จิตเวชและยาเสพติด ดังนี้ 1. ด้านโครงสร้างอาคาร สถานที่ 2. เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ 3. ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหอ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 4. ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย	1. ได้รับการบริการประเมินตามแนว ทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยในจิตเวชและยา เสพติด 2. ผลงาน Best Practice มีผลงานเป็น แบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ใน พื้นที่ ระดับเขตสุขภาพ ที่สามารถพิสูจน์ ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	1. เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ 2. ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุก รางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ
				SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5
				-	-	-

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางเพ็ญสุดา ไชยเมือง/นางดวงใจ พลงงาม

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์/โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

หมายเหตุ :

27.ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
27.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ในเขตสุขภาพ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ	≥ ร้อยละ 85	1.มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2.มีแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน/พัฒนา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ในปีงบประมาณ 2568	1.มีการดำเนินการป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด 2. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ	1. ผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ≥ ร้อยละ 85	1. ร้อยละ ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ≥ ผลเฉลี่ยระดับเขตสุขภาพหรือประเทศ 2. เป็นผลงาน Best Practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ระดับเขตสุขภาพ ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	1. เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ 2. ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ
				SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5
			1.มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ดูแลรับผิดชอบ 2. ผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ น้อยกว่าร้อยละ 85	1. ผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ≥ ร้อยละ 85 2. ร้อยละ ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ น้อยกว่าผลเฉลี่ยระดับเขตสุขภาพ	1. เป็นผลงาน Best Practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ 2. เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นาวารัตน์ แก้วพรหมมาเพ็ญสุตา ไซมเมือง

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์/โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

หมายเหตุ :

28.อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Accessibility Rate) ในเขตสุขภาพ

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
28. อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Accessibility Rate) ในเขตสุขภาพ	≥ ร้อยละ 20	1. มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2. มีแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน/พัฒนา เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่รับผิดชอบ ปีงบประมาณ 2568	1. มีการดำเนินงานคัดกรองประชาชนเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่รับผิดชอบ 2. มีการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ดูแลรับผิดชอบ	1. ผลการดำเนินงาน อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ≥ ร้อยละ 20	1. อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ≥ ผลเฉลี่ยระดับเขตสุขภาพหรือประเทศ 2. เป็นผลงาน Best Practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้อยู่ในพื้นที่ระดับเขตสุขภาพ ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	1. เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ 2. ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5 1. ผลการดำเนินงาน อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่รับผิดชอบ น้อยกว่าร้อยละ 20	SCORE 3.5 1. ผลการดำเนินงาน อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ≥ ร้อยละ 20 2. อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) น้อยกว่าผลเฉลี่ยระดับเขตสุขภาพ	SCORE 4.5 1. เป็นผลงาน Best Practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ 2. เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นาวารัตน์ แก่นพรหม/นางเพ็ญสุตา ไชยเมือง

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์/โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

หมายเหตุ :

29.ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้เข้าถึงบริการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ในเขตสุขภาพ

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
29.ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้เข้าถึงบริการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ในเขตสุขภาพ	≥ ร้อยละ 58	1.มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2.มีแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน/พัฒนา การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2568	1.มีการดำเนินงานป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด 2. ผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 6 เดือน (อย่างน้อย 2 ครั้งในปีงบประมาณ) นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกไปปีงบประมาณปัจจุบัน และส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเข้าสู่ 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบHealth Data Center กระทรวงสาธารณสุข และดำเนินการปรับปรุงข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทให้มีความเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	1. ผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 6 เดือน (อย่างน้อย 2 ครั้งในปีงบประมาณ) ≥ร้อยละ 58	1. ร้อยละ ผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ≥ ผลเฉลี่ยระดับเขตสุขภาพหรือประเทศ 2. เป็นผลงาน Best Practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขตสุขภาพ ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	1. เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ 2. ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ
			1.มีการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ดูแลรับผิดชอบ 2. ผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 6 เดือน (อย่างน้อย 2 ครั้งในปีงบประมาณ) น้อยกว่าร้อยละ 58	1. ผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 6 เดือน (อย่างน้อย 2 ครั้งในปีงบประมาณ) จนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ≥ร้อยละ 58 2. ร้อยละ ผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลต่อเนื่องน้อยกว่าผลเฉลี่ยระดับเขตสุขภาพ	1. เป็นผลงาน Best Practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ 2. เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นาวารัตน์ แก่นพรหม/นางเพ็ญสุดา ไชยเมือง

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนกสินทรัพย์/โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนกสินทรัพย์

หมายเหตุ :

30.อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
30.อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ 26	- มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติเกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต่ำ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขตที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
			ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขตไม่มี Best Practice	Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มุจลินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

31.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
31.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 9	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตาม มาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตาม มาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต้น - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงาน เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนว ปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขตที่ สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่ เป้าหมาย และองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัล ระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
				SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่าน เกณฑ์	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	SCORE 4.5 Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขต หรือระดับประเทศ

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มุจลินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

32. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (2 KPIs)

- ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
32. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (2 KPIs) - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 70	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติเกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต้น - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้นในพื้นที่ ระดับเขตที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
			SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	SCORE 4.5 Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มุจลินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

33. ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
33. ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อนหน้า	ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อนหน้า	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตาม มาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตาม มาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต้น - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงาน เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนว ปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขตที่ สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่ เป้าหมาย และองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัล ระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
			ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขต หรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มุจลินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

34.อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A,S,M1) (อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
34. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S,M1) (อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ)	≥ ร้อยละ 0.35 (ประเทศ)เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนในปีงบประมาณก่อนหน้า เขต 8 ≥ ร้อยละ 1.71	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญห	เกิดกระบวนการตาม มาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตาม มาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต่ำ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย ของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงาน เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ ในพื้นที่ ระดับเขตที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัล ระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
			SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	SCORE 4.5 Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขต หรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มุจลินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

35. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
35. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง (7 KPIs) - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)	≥ ร้อยละ 25	- มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา	- เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติเกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	- ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต่ำ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	- ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขตที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	- นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรมระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
				- ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	- ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มุจลินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

36.ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
36. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	≥ ร้อยละ 50	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตาม มาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตาม มาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต้น - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย ของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงาน เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ ในพื้นที่ ระดับเขตที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัล ระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
			SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	SCORE 4.5 Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับเขต หรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขต หรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มุจลินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

37. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
37. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ 50	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตาม มาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตาม มาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต่ำ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงาน เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนว ปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขตที่ สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่ เป้าหมาย และองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัล ระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
			SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่าน เกณฑ์	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	SCORE 4.5 Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับเขตหรือ ระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขต หรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มงคลินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

38.ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
38. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ร้อยละ 50	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตาม มาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตาม มาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต่ำ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงาน เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนว ปฏิบัติที่ใช้นในพื้นที่ ระดับเขตที่ สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่ เป้าหมาย และองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัล ระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับเขต หรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขต หรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มุจลินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

39. ร้อยละกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ OV

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
39. ร้อยละกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ OV	≥ ร้อยละ 95	1. มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีคำสั่ง หรือมีคณะกรรมการระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ	มีผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา หรือมีการทบทวนผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา	กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 95	จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็น best practice หรือ สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต และกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ > ร้อยละ 95	จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ และกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ > ร้อยละ 95
			SCORE 2.5 มีแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงในปี 2568	SCORE 3.5 กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ > ร้อยละ 95	SCORE 4.5 จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นแหล่งเรียนรู้ระดับประเทศ หรือเป็นตัวแทนเขตเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับประเทศ และกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ > ร้อยละ 95	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาวประวีณา สุ่มขุนทด นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หมายเหตุ :

40. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
40. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ 70	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ มีผู้รับผิดชอบงานด้านยาเสพติดที่ชัดเจน มีโครงสร้างการทำงาน มีการวิเคราะห์ปัญหา และ แนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 เกิดการ ขับเคลื่อนตามมาตรการสำคัญ นำไปสู่ การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผล ได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายข้างต้น มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 และ ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ Retention Rate มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มีผลลัพธ์โดดเด่นด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดระดับเขตสุขภาพ มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-3 มี ผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับเฉลี่ยของเขต เป็น best practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็น แนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมายและองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ ยอมรับในวิชาชีพ	มีแนวปฏิบัติใหม่ด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ ติดยาเสพติด ที่เป็นนวัตกรรมระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ
				SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์ Retention Rate น้อยกว่าร้อยละ 70	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเกณฑ์เป้าหมาย มีการดำเนินการตามข้อที่ 1-2 โดยที่ ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ Retention Rate มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70 และมากกว่าหรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของ เขต แต่ยังไม่ best practice	SCORE 4.5 มี best practice เป็น best practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับ เขตหรือระดับประเทศ เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นพ.เกรียง วัฒนยา / นายรชต เกตุเล็ก

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี กรมการแพทย์

หมายเหตุ :

41.ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
41.ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 28	มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตามมาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตาม มาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต้น - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงาน เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนว ปฏิบัติที่ชื่นชมในพื้นที่ ระดับเขตที่ สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่ เป้าหมาย และองค์กรได้รับ ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัล ระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
			SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	SCORE 4.5 Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขต หรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายสุรัช รสโสภา

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

42. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
42. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	น้อยกว่าร้อยละ 5	- มีโครงสร้าง แนวปฏิบัติ - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีโครงสร้างการทำงาน - มีการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา	เกิดกระบวนการตาม มาตรการสำคัญ - มีการดำเนินการตาม ข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตาม มาตรการสำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมายขั้นต่ำ - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 และผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์	ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ - มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือ เท่ากับค่าเฉลี่ยของเขตหรือประเทศ - เป็น Best Practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็น แนวปฏิบัติที่ในพื้นที่ ระดับเขตที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นำไปสู่เป้าหมาย และองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ ยอมรับในวิชาชีพ	นวัตกรรม - เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ - เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ ฯลฯ
			SCORE 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย - มีการดำเนินการตามข้อที่ 1 และ 2 โดยผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของเขต ไม่มี Best Practice	SCORE 4.5 Best Practice - เป็น Best Practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับ เขตหรือระดับประเทศ - เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : มุจน์สินทร์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

43.ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
43.ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ 80	1.มีผู้รับผิดชอบงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ 2.มีการมอบหมายงานใน Job Description หรือ คณะกรรมการ/คณะทำงาน อย่างใดอย่างหนึ่ง 3.มีฐานข้อมูล/รายชื่อผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ที่มีชีวิตอยู่	1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด 2.มีรายงานการประชุม คณะกรรมการฯและแผนการลงเยี่ยมผู้ป่วยฯ 3.จังหวัดมีการบันทึกรายละเอียด ข้อมูลการรักษา/ลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยฯ	1.มีการดำเนินงานตาม Score 1-2 และมีสรุปผลการดำเนินงานครอบคลุมมากกว่าเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป	จังหวัดเป็นแหล่งเรียนรู้ระดับเขต หรือเป็นตัวแทนเขต เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับประเทศ	ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			4.มีการรายงานผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่ครอบคลุม (ยังไม่ผ่าน เกณฑ์ร้อยละ 80)	ไม่มีประเมินคะแนน	ไม่มีประเมินคะแนน	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางพันธมน นามาศ / นางสาวณพัทธ์ อรรถวิภาค / นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์โพธิ์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

44.สถานชีวาภิบาล / กุฎชีวาภิบาล

- เขตสุขภาพوبرมพระคิลาณุปฎิภาฎาฎได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด 100 รูป

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
44. สถานชีวาภิบาล/กุฎชีวาภิบาล - เขตสุขภาพوبرมพระคิลาณุปฎิภาฎาฎได้ตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด 100 รูป	ร้อยละ 20 (ภาพรวมเขต 17 แห่ง)	ระดับ 1 มีโครงสร้าง แนว ปฏิบัติ -มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด -มีโครงสร้างการทำงาน -มีการวิเคราะห์ปัญหา และ แนวทางการแก้ไขปัญหา	ระดับ 2 เกิดกระบวนการตาม มาตรการสำคัญ -มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 เกิดการขับเคลื่อนตามมาตรการ สำคัญ นำไปสู่การปฏิบัติ เกิด ผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลได้	ระดับ 3 ผลงานบรรลุตามเป้าหมาย ขั้นต้น -มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 และ ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ (มีสถานชีวาภิบาลเปิดให้บริการ ร้อย ละ 20 ของอำเภอในจังหวัด)	ระดับ 4 ผลงานโดดเด่นระดับเขตสุขภาพ -มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-3 มีผลลัพธ์มากกว่าหรือ เท่ากับค่าเฉลี่ยเขตหรือประเทศ -เป็น Best practice มีผลงานเป็นแบบอย่างที่ดี เป็น แนวปฏิบัติที่ใช้ในพื้นที่ ระดับเขต ที่สามารถพิสูจน์ได้ ว่า นำไปสู่เป้าหมายและองค์กรได้รับประโยชน์ เป็นที่ ยอมรับในวิชาชีพ	ระดับ 5 นวัตกรรม -เป็นแนวปฏิบัติใหม่ เป็นนวัตกรรม ระดับประเทศ ที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ -เป็นผลงานที่ได้รับรางวัลระดับประเทศ เช่น รางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย -มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 และ 2 มีแต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย -มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 มี ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และ ผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย เขต แต่ไม่มี Best practice	SCORE 4.5 4.5 Best practice -เป็น Best practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับ เขต หรือระดับประเทศ -เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : สุนิสา

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์

หมายเหตุ :

45. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
45. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี	ร้อยละ 20	1. มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีคำสั่ง หรือมีคณะกรรมการระดับจังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ	มีผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมาหรือมีการทบทวนผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 20	จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็น best practice หรือ สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต และอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี > ร้อยละ 20	จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ และอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี > ร้อยละ 20
				SCORE 2.5 มีแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน/พัฒนางาน ในปี 2568	SCORE 3.5 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี > ร้อยละ 20	SCORE 4.5 จังหวัดหรืออำเภอหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นแหล่งเรียนรู้ระดับประเทศ หรือเป็นตัวแทนเขตเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับประเทศ และอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี > ร้อยละ 20

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาววราภรณ์ อุ่นนาวิน นักกฎหมาย

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หมายเหตุ :

46.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

- การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
46.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ - การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง	ไม่เกินร้อยละ 4	1. มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบ 2. มีข้อมูลตำแหน่งที่ต้อง เป็นปัจจุบัน มีการวิเคราะห์ ข้อมูลตำแหน่งว่าง สำหรับใช้ ในการกำหนดแผนการบริหาร ตำแหน่ง	1 มีข้อมูลตำแหน่งที่ต้องเป็น ปัจจุบัน มีการวิเคราะห์ข้อมูล ตำแหน่งว่าง สำหรับใช้ในการ กำหนดแผนการบริหารตำแหน่ง 2.มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง	1. มีการรายงานผลการดำเนินงาน ตามแผน 2. มีผลการดำเนินงาน บริหาร ตำแหน่งว่าง ร้อยละ 4	1. มีการรายงานผลการดำเนินงานตาม แผน การดำเนินงานที่กำหนด 2. มีผลการดำเนินงาน บริหารตำแหน่ง ว่าง ร้อยละ 3	ระดับ 5 นวัตกรรม มีแนวทางการบริหารตำแหน่ง เป็น นวัตกรรม ที่หน่วยงานอื่นสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้บริหารตำแหน่ง ว่างร้อยละ 2
			SCORE 2.5 1 มีข้อมูลตำแหน่งที่ต้องเป็น ปัจจุบัน มีการวิเคราะห์ข้อมูล ตำแหน่งว่าง สำหรับใช้ในการ กำหนดแผนการบริหารตำแหน่ง 2.มีแผนบริหารตำแหน่งว่างมีการ ดำเนินการตามแผน 3. มีการดำเนินการตามแผน	SCORE 3.5 1. มีการรายงานผลการดำเนินงาน ตามแผน 2. มีผลการดำเนินงาน บริหาร ตำแหน่งว่าง น้อยกว่าร้อยละ 4	SCORE 4.5 1. มีการรายงานผลการดำเนินงานตาม แผน การดำเนินงานที่กำหนด 2. มีผลการดำเนินงาน บริหารตำแหน่ง ว่าง น้อยกว่าร้อยละ 3	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : พิมพ์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักงานเขตสุขภาพที่8

หมายเหตุ :

47.ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
47.ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ	ร้อยละ 0.50	1. มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบ 2. จัดทำข้อมูลตำแหน่ง ประเภทวิชาการ แยกตามสายงาน และระดับตำแหน่ง ณ วันที่ 2 ต.ค. 67 3. มีแผนการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับการบริการ 4. มีการดำเนินการตามแผนการปรับปรุงตำแหน่ง	1. จัดทำข้อมูลตำแหน่งประเภทวิชาการ แยกตามสายงาน และระดับตำแหน่ง ณ วันที่ 2 ต.ค. 67 2. มีแผนการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับการบริการ 3. มีการดำเนินการตามแผนการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ ร้อยละ 0.50	1. จัดทำข้อมูลตำแหน่งประเภทวิชาการ แยกตามสายงาน และระดับตำแหน่ง ณ วันที่ 2 ต.ค. 67 2. มีแผนการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับการบริการ 3. มีการดำเนินการตามแผนการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ ร้อยละ 0.50	1. มีการรายงานผลการดำเนินงานตามแผน การดำเนินงานที่กำหนด 2. มีผลการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ ร้อยละ 0.70	ระดับ 5 นวัตกรรม มีแนวทางการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ เป็นนวัตกรรม ที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ มีผลการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ ร้อยละ 1
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			1. จัดทำข้อมูลตำแหน่งประเภทวิชาการ แยกตามสายงาน และระดับตำแหน่ง ณ วันที่ 2 ต.ค. 67 2. มีแผนการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับการบริการ 3. มีการดำเนินการตามแผนการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ ร้อยละ 0.65	1. มีการรายงานผลการดำเนินงานตามแผน 2. มีผลการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ ร้อยละ 0.65	1. มีการรายงานผลการดำเนินงานตามแผน การดำเนินงานที่กำหนด 2. มีผลการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ ร้อยละ 0.80	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : พิมพร

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

48.ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
48.ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	ร้อยละ 100	1.มีการกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบงานหรือหน้าที่ด้านสุขภาพดิจิทัล โดยผู้รับผิดชอบได้รับการระบุใน Job Description หรือมีการจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานที่ดูแลหน้าที่เฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง	หน่วยงานมีการดำเนินงานตามแนวทางด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์สำหรับโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2567	หน่วยงานดำเนินงานตามแนวทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ตามเกณฑ์ขั้นสูงที่กำหนด โดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ	ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับจังหวัด และมีผลงานมากที่สุดในระดับเขต (ร้อยละ)	ผลงานอันดับ 1 ของประเทศ หรือ ได้รับรางวัลในระดับประเทศ หรือ รางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			ไม่ประเมิน	ไม่ประเมิน	ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับจังหวัด และมีผลงานมากที่สุดในระดับเขตและเป็นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่หน่วยงานอื่น	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายพัฒนรัฐ พุดกล้า/ นายสิริพงศ์ ชำนาญไพร

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

49.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด สป.สร. เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับทองขึ้นไป (Smart Hospital)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
49. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด สป.สร. เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับทองขึ้นไป (Smart Hospital)	ร้อยละ 35	1.มีการกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบงานหรือหน้าที่ด้านสุขภาพดิจิทัล โดยผู้รับผิดชอบได้รับการระบุใน Job Description หรือมีการจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานที่ดูแลหน้าที่เฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน รพ.อัจฉริยะ 1.ด้านโครงสร้าง 2.ด้านการบริหารจัดการ 3.ด้านการให้บริการ 4.ด้านบุคลากร	ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับจังหวัด มีการจัดการที่เป็นระบบ มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมไปถึงมีการติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง	ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับจังหวัด และมีผลงานมากที่สุดในระดับเขต (ร้อยละ)	ผลงานอันดับ 1 ของประเทศ หรือได้รับรางวัลในระดับประเทศ หรือรางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			ไม่ประเมิน	ไม่ประเมิน	ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับจังหวัด และมีผลงานมากที่สุดในระดับเขตและเป็นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่หน่วยงานอื่น	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายพัฒนรัฐ พุดหัตถ์/ นายสิริพงศ์ ชำนาญไพร

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

50. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
50. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน MOPH ITA	ร้อยละ 94	1. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานด้าน ITA ในหน่วยที่รับการตรวจประเมิน 2. มีแผนการดำเนินงานตามคู่มือการประเมิน ITA	1. มีหลักฐานการดำเนินงานตามคู่มือการประเมิน ITA มีการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ผลการดำเนินงานตามคู่มือการประเมิน ITA ผ่านหน้าเว็บไซต์ของหน่วยงาน 3. หน่วยงานต้อง Log in เข้าสู่ระบบ MITAS เพื่อเข้าประเมินในทุกไตรมาส	1. มีการดำเนินงานตาม Score 1-2 และมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75.00 - 93.99	1. มีการดำเนินงานตาม Score 1-2 และมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95 ขึ้นไป	1. ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			4. หน่วยงานต้องบันทึก URL เว็บไซต์ของหน่วยงานที่ปรากฏข้อมูลตามแบบวัด MOIT ลงในระบบ MITAS 5. หน่วยงานต้องยืนยันการส่งประเมินในทุกไตรมาส 6. มีการดำเนินงานตาม Score 1-2 และมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ในแต่ละไตรมาส	2. มีการดำเนินงานตาม Score 1-2 และมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 94	2. จังหวัดเป็นแหล่งเรียนรู้ระดับเขตหรือเป็นตัวแทนเขตเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาวพรทิพย์ สุดใจ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มงานอำนวยการ

หมายเหตุ : คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

51.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน (3 KPIs)

- ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
51 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน (3KPIs) - ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน	ร้อยละ 100	ไม่ผ่านการรับรอง / ไม่มีขึ้น	ขั้นพัฒนาที่ 1	ขั้นพัฒนาที่ 2	ขั้นมาตรฐาน	ขั้นก้าวหน้า
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			อยู่ระหว่างกระบวนการขอ / การต่ออายุชั้น 1, 2	อยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุชั้นมาตรฐาน	อยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุชั้นก้าวหน้า	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายคทาฐ เอี้ยงแก้ว

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : งานวิจัยและนวัตกรรม สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

52.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
52. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน	ร้อยละ 100	ไม่ผ่านการรับรอง / ไม่มีขึ้น	ขั้นพัฒนาที่ 1	ขั้นพัฒนาที่ 2	ขั้นมาตรฐาน	ขั้นก้าวหน้า
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			อยู่ระหว่างกระบวนการขอ / การต่ออายุชั้น 1, 2	อยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุชั้นมาตรฐาน	อยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุชั้นก้าวหน้า	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายคฑารุช เอียงแก้ว

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : งานวิจัยและนวัตกรรม สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

53. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
53. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน	ร้อยละ 92	ไม่ผ่านการรับรอง / ไม่มีขึ้น	ขั้นพัฒนาที่ 1	ขั้นพัฒนาที่ 2	ขั้นมาตรฐาน	ขั้นก้าวหน้า
			SCORE 2.5 อยู่ระหว่างกระบวนการขอ / การต่ออายุชั้น 1, 2	SCORE 3.5 อยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุชั้นมาตรฐาน	SCORE 4.5 อยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุขั้นก้าวหน้า	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายคทาฐ เอียงแก้ว

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : งานวิจัยและนวัตกรรม สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

54.ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามที่กำหนด

- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
54.ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามที่กำหนด - ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10	1. โรงพยาบาลสังกัด สป. สธ. ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 สมัครเข้าร่วมโครงการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) 2. โรงพยาบาลสังกัด สป. สธ. ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 มีแผนการดำเนินงานการตรวจ HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 25	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 20	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 15	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10
				SCORE 2.5 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย -มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 และ 2 มีแต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย -มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 มีผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเขต แต่ไม่มี Best practice	SCORE 4.5 4.5 Best practice -เป็น Best practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือระดับประเทศ -เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางบุญนิภา สงคราม

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุตรดิตถ์

หมายเหตุ : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วันไม่เกินร้อยละ 10 เพื่อเป็นการลดการสังเกตซ้ำที่เกินความจำเป็น

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย

55.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
55.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70	1. โรงพยาบาลสังกัด สป. สธ. ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 สมัครเข้าร่วมโครงการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) 2. โรงพยาบาลสังกัด สป. สธ. ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 มีแผนการดำเนินงานการตรวจ HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 30	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 50	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70
			SCORE 2.5 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย -มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 และ 2 มีแต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย -มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 มีผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และ ผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเขต แต่ไม่มี Best practice	SCORE 4.5 4.5 Best practice -เป็น Best practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือระดับประเทศ -เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางบุญนิภา สงคราม

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี

หมายเหตุ : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วันไม่เกินร้อยละ 10 เพื่อเป็นการลดการสังเกตซ้ำที่เกินความจำเป็น

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย

56.ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่ 'มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
56.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด สป. สธ. ในเขตสุขภาพที่ 8 ผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามที่กำหนด	มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 20 ของโรงพยาบาล สังกัด สป. สธ. ในเขตสุขภาพที่ 8 (18 จากทั้งหมด 88 แห่ง)	1. โรงพยาบาลสังกัด สป. สธ. ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 สมัครเข้าร่วมโครงการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) 2. โรงพยาบาลสังกัด สป. สธ. ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 มีแผนการดำเนินงานการตรวจ HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 5 ของโรงพยาบาลสังกัด สป. สธ. ในเขตสุขภาพที่ 8 (4 จากทั้งหมด 88 แห่ง)	มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลสังกัด สป. สธ. ในเขตสุขภาพที่ 8 (9 จากทั้งหมด 88 แห่ง)	มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 15 ของโรงพยาบาลสังกัด สป. สธ. ในเขตสุขภาพที่ 8 (13 จากทั้งหมด 88 แห่ง)	มี RLU hospital อย่างน้อยร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลสังกัด สป. สธ. ในเขตสุขภาพที่ 8 (18 จากทั้งหมด 88 แห่ง)
			SCORE 2.5 2.5 ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย -มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1 และ 2 มีแต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์	SCORE 3.5 3.5 ผลลัพธ์เกินกว่าเป้าหมาย -มีการดำเนินงานตามข้อที่ 1-2 มีผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ และ ผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยเขต แต่ไม่มี Best practice	SCORE 4.5 4.5 Best practice -เป็น Best practice ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต หรือระดับประเทศ -เป็นแหล่งเรียนรู้ ระดับเขตหรือระดับประเทศ	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางบุญนิภา สงคราม

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี

หมายเหตุ : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วันไม่เกินร้อยละ 10 เพื่อเป็นการลดการสังเคราะห์ซ้ำที่เกินความจำเป็น

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย

57. ร้อยละการบริหารจัดการงบลงทุน ปี 2568

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
57. ร้อยละการบริหารจัดการงบลงทุน	ร้อยละ 100	1. มีผู้รับผิดชอบงานด้านการจัดทำแผน (ยุทธศาสตร์) การจัดซื้อจัดจ้าง (บริหาร) และการเบิกจ่ายงบประมาณ (การเงิน) 2. มีการมอบหมายงานใน Job Description หรือ คณะกรรมการ/คณะทำงาน อย่างใดอย่างหนึ่ง	1. ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างตามแผนให้ทันเวลา 2. ดำเนินการเบิกจ่ายครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างให้เป็นไปตามแผน/งวดงาน 3. มีการกำกับติดตามการจัดซื้อจัดจ้าง และการเบิกจ่ายให้ทันเวลา และสม่ำเสมออย่างน้อย 2 ครั้งต่อเดือน	1. มีการเบิกจ่ายผ่านเกณฑ์ภาพรวมทั้ง 3 งบ มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80 หรือรวม PO ร้อยละ 100	ไม่มีประเมินคะแนน	ไม่มีประเมินคะแนน
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			4. มีการรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารรับทราบทุกเดือน 5. ผลลัพธ์ภาพรวมทั้ง 3 งบ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ 6. ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 งบ	1. มีการเบิกจ่ายผ่านเกณฑ์ภาพรวมทั้ง 3 งบ มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80 หรือรวม PO ร้อยละ 100 ภายในไตรมาส 3	ไม่มีประเมินคะแนน	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาวปณิดา แก้วมณี / นางสาวสุดารัตน์ วัฒนธรรม / นายวีระวัฒน์ ศิริรัตนไพบูลย์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ : งานบริหารงบลงทุน เน้นการบริหารจัดการงบประมาณให้ทันเวลา เพื่อป้องกันงบถูกพับและเพื่อประชาชนได้ใช้ประโยชน์จากงบลงทุน

58. ร้อยละของรายการสินทรัพย์ที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามบัญชีในระบบ GF-MIS

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
58. ร้อยละของรายการสินทรัพย์ที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามบัญชีในระบบ GF-MIS	ร้อยละ 70	1. มีผู้รับผิดชอบงานสินทรัพย์ถาวร 2. มีการมอบหมายงานใน Job Description หรือ คณะกรรมการ/คณะทำงาน อย่างใดอย่างหนึ่ง 3. มีคลินิกสินทรัพย์ถาวร 4. มีฐานข้อมูลสินทรัพย์ถาวรของหน่วยเบิกจ่าย	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน พัฒนาระบบสินทรัพย์ถาวร ระดับจังหวัด 2. มีแผนการดำเนินงาน การวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการดำเนินงาน 3. มีรายงานการประชุม คณะกรรมการ/คณะทำงาน พัฒนาระบบสินทรัพย์ถาวร ระดับจังหวัด	1. มีการดำเนินงานตาม Score 1-2 และมีสรุปผลการดำเนินงานครอบคลุมของหน่วยเบิกจ่ายทั้งหมดมากกว่าเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป	จังหวัดเป็นแหล่งเรียนรู้ระดับเขต หรือเป็นตัวแทนเขตเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับประเทศ	ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล) หรือรางวัลเลิศรัฐ
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			4. มีการรายงานผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่ครอบคลุม (ยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ของหน่วยเบิกจ่ายทั้งหมด)	ไม่มีประเมินคะแนน	ไม่มีประเมินคะแนน	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาวพินดาธาร พินระ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

59.ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
59.ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)	ไม่น้อยกว่า 99.55% (ไม่ต่ำกว่า 66.59 ล้านคน)	1.มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2.มีคณะกรรมการระดับจังหวัด	1.มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2.มีคณะกรรมการระดับจังหวัด 3.มีระบบการกำกับติดตามความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่	มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย UHC ไม่น้อยกว่าร้อยละ 99.55	มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย UHC มากกว่าร้อยละ 99.55 มีโรงพยาบาลที่เป็น best practice เรื่องการกำกับติดตามการเข้าถึงสิทธิในระบบ UHC หรือ สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต	ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล)
			SCORE 2.5 มี ผลการดำเนินงานติดตามกำกับ การเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ (UHC)	SCORE 3.5 มี ผลการดำเนินงานติดตามกำกับ การเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ (UHC) ผลงานมากกว่าเป้าหมาย	SCORE 4.5 มีโรงพยาบาลที่เป็น best practice เรื่องการติดตามกำกับ การเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ (UHC) ผลงานมากกว่าเป้าหมาย หรือ สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต และนอกเขต	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาวจรรักษ์ ดงพงษ์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

60. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (2 KPIs) - ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
60. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (2 KPIs) - ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7)	ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2	1. มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2. มีคณะกรรมการระดับจังหวัด 3. มีแผนการพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ ในปี 2568	มีระบบการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง ของหน่วยบริการในจังหวัด มีการรายงานผู้บริหารจังหวัดทุกเดือน มี Financial Awareness Team และ Financial Investigate Team	มี รพ.ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2	มีโรงพยาบาลที่เป็น best practice เรื่องการบริหารจัดการและพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง หรือสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต	ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล)
			SCORE 2.5 มี ผลการดำเนินงานของ Financial Awareness Team และ Financial Investigate Team	SCORE 3.5 มี รพ.ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 มีโรงพยาบาลที่เป็น best practice ในจังหวัด หรือ มีผลการดำเนินงานของ Financial Awareness Team และ Financial Investigate Team	SCORE 4.5 มีโรงพยาบาลที่เป็น best practice เรื่องการบริหารจัดการและพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง หรือสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต และนอกเขต	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายชัยรินทร์ เศษสุวรรณบุรี

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

61. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
61. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6)	ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4	1. มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2. มีคณะกรรมการระดับจังหวัด 3. มีแผนการพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ ในปี 2568	มีระบบการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง ของหน่วยบริการในจังหวัด มีการรายงานผู้บริหารจังหวัดทุกเดือน มี Financial Awareness Team และ Financial Investigate Team	มี รพ. ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4	มีโรงพยาบาลที่เป็น best practice เรื่องการบริหารจัดการและพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง หรือสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต	ได้รับรางวัลในระดับประเทศ (ทุกรางวัล)
			SCORE 2.5 มี ผลการดำเนินงานของ Financial Awareness Team และ Financial Investigate Team	SCORE 3.5 มี รพ.ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 / ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4 มี โรงพยาบาลที่เป็น best practice ในจังหวัด หรือ มีผลการดำเนินงานของ Financial Awareness Team และ Financial Investigate Team	SCORE 4.5 มีโรงพยาบาลที่เป็น best practice เรื่องการบริหารจัดการและพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง หรือสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ในระดับเขต และนอกเขต	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นายชัยนรินทร์ เศษสุวรรณบุรี

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

62. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
62. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	ร้อยละ 20	1.มีผู้รับผิดชอบงาน ระดับจังหวัด 2.มีข้อมูลพื้นฐาน: ผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา 3.จัดทำแผนการขับเคลื่อนและยกระดับสถานพยาบาลและสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	1.ถ่ายทอดหลักเกณฑ์การประเมินตนเองของสถานพยาบาล และสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด 2.พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลและสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	1.ตรวจประเมิน และกลั่นกรองสถานพยาบาล และสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด ระดับจังหวัด	ตรวจประเมิน และกลั่นกรองสถานพยาบาล และสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด ระดับจังหวัด ร้อยละ 20	เป็น Best Practice ในการพัฒนาศักยภาพด้านสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับเขต
			SCORE 2.5 สถานพยาบาลและสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย มีผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด	SCORE 3.5 ตรวจประเมิน และกลั่นกรองสถานพยาบาล และสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด ระดับจังหวัด ร้อยละ 10	SCORE 4.5 1.รับรองสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ผ่านตามเกณฑ์รางวัลนวัตกรรมไทยพรีเมียม (Nuad Thai Premium Award) หรือรางวัล Thai Spa Premium สถานพยาบาล (ด้านเวชกรรม ความงาม และเวชศาสตร์ชะลอวัย) ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพเวลเนสแห่งชาติ ประเภทสถานพยาบาล เวลเนส (Wellness Care Award) 3.อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานพยาบาล และสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (ร้อยละ 20)	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นิพนธ์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

63. อัตราการขยายตัวของกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (proxy: ร้อยละสถานประกอบการมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์)

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
63. อัตราการขยายตัวของกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (proxy: ร้อยละสถานประกอบการมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์)	ร้อยละ 10	1. ถ่ายทอดกรอบเกณฑ์การประเมินรางวัลคุณภาพเวสเนสแห่งชาติ (Thailand Wellness Award: Tiwa)	1. แผนการขับเคลื่อนและยกระดับสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายให้มีศักยภาพในการแข่งขัน	1. พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาล (ด้านเวชกรรมความงาม เวชศาสตร์ชะลอวัย) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายให้มีศักยภาพรองรับการแข่งขันด้านท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	สถานพยาบาล (ด้านเวชกรรมความงาม เวชศาสตร์ชะลอวัย) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์ประเมินระดับมาตรฐาน (ร้อยละ 5)	สถานพยาบาล (ด้านเวชกรรมความงาม เวชศาสตร์ชะลอวัย) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์ประเมินระดับมาตรฐาน (ร้อยละ 10)
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นิพนธ์

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8

หมายเหตุ :

64. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต

ตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568	รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาแบบ SCORING				
		SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3	SCORE 4	SCORE 5
64. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	ร้อยละ 90	1) มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน 2) มีข้อมูลพื้นฐาน ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ สุขภาพชุมชน	1) มีการกำหนดเป้าหมาย ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการ ส่งเสริมและได้รับการอนุญาตเพิ่มขึ้น จากปีงบประมาณ 2567 อย่างน้อย 3 รายการ 2) มีการรายงานเป้าหมาย ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่จะ ส่งเสริมและ ขออนุญาตลงในระบบรายงาน ภายในวันที่ 31 ธ.ค.2567	1) มีผลการดำเนินงานผลิตภัณฑ์ สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและ ได้รับการอนุญาต ร้อยละ 90 2) มีการรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับ อนุญาตลงในระบบรายงานให้เป็น ปัจจุบัน	1) มีผลการดำเนินงานผลิตภัณฑ์ สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและ ได้รับการอนุญาต มากกว่า ร้อยละ 100 2) มีการรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับ อนุญาตลงในระบบรายงานให้เป็น ปัจจุบัน 3) มี best practice เช่น ได้รับรางวัล อย.ควอลิตี้ อวอร์ด	1) มีผลการดำเนินงานผลิตภัณฑ์ สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและ ได้รับการอนุญาต มากกว่า ร้อยละ 100 2) มีการรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับ อนุญาตลงในระบบรายงานให้เป็น ปัจจุบัน 3) มี best practice เช่น ได้รับรางวัล อย.ควอลิตี้ อวอร์ด 4) มีแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือศึกษา ดูงาน 5) มีผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่เป็น ผลิตภัณฑ์สร้างสรรค์ หรือนวัตกรรม หรือส่งออกต่างประเทศ
			SCORE 2.5	SCORE 3.5	SCORE 4.5	
			1) มีการบูรณาการร่วมกับภาคี เครือข่าย 2) มีผลการดำเนินงานผลิตภัณฑ์ สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริม และได้รับการอนุญาต มากกว่า ร้อยละ 50 3) มีการรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับ อนุญาตลงในระบบรายงานให้เป็น ปัจจุบัน	1) มีผลการดำเนินงานผลิตภัณฑ์ สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและ ได้รับการอนุญาต ร้อยละ 100 2) มีการรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับ อนุญาตลงในระบบรายงานให้เป็น ปัจจุบัน	1) มีผลการดำเนินงานผลิตภัณฑ์ สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและ ได้รับการอนุญาต มากกว่า ร้อยละ 100 2) มีการรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับ อนุญาตลงในระบบรายงานให้เป็น ปัจจุบัน 3) มี best practice เช่น ได้รับรางวัล อย.ควอลิตี้ อวอร์ด 4) มีแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือศึกษา ดูงาน	

ชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (ผู้ประเมิน) : นางสาวจันทพรจรัส จงสุขวิโรจน์ ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงาน / หน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หมายเหตุ :

ตัวชี้วัดการตรวจราชการและ นิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเด็นที่	ข้อที่	ชื่อตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบ 68	จังหวัด			
				ผลงาน ต.ก. 1/68	Score สรุป ต.ก. 1/67	Score สรุป ต.ก. 2/67	Score ต.ก. 1/68
ประเด็นที่ 1 (2 ตัวชี้วัด) งานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติ ของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์	1	1. ร้อยละสะสมของจังหวัดในเขตสุขภาพที่เป็นเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	ร้อยละ 50				
ประเด็นที่ 1 (2 ตัวชี้วัด) งานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติ ของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์	2	2. การคัดกรองค้นหาวัณโรคผู้ต้องขังในเรือนจำ 2.1 ผู้ต้องขังแรกได้รับรับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)	ร้อยละ 100				
ประเด็นที่ 1 (2 ตัวชี้วัด) งานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติ ของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์	3	2.2 ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)	ร้อยละ 90				
ประเด็นที่ 2 (2 ตัวชี้วัด) นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ	4	3. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	ร้อยละ 55 จาก 558 แห่ง (เขตสุขภาพที่ 8 = 307 หน่วย)				
ประเด็นที่ 2 (2 ตัวชี้วัด) นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ	5	4. ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	ร้อยละ 100				
ประเด็นที่ 3 (2 ตัวชี้วัด) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด	6	5. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน				
ประเด็นที่ 3 (2 ตัวชี้วัด) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด	7	5.2 ร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากปีที่ผ่านมา	> ร้อยละ 10				
ประเด็นที่ 3 (2 ตัวชี้วัด) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด	8	5.3 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	> ร้อยละ 65				
ประเด็นที่ 3 (2 ตัวชี้วัด) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด	9	6. ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะสมัครใจ) (Retention Rate)	ร้อยละ 70				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	10	7. อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน				

ประเด็นที่	ข้อที่	ชื่อตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบ 68	จังหวัด			
				ผลงาน ต.ก. 1/68	Score สรุป ต.ก. 1/67	Score สรุป ต.ก. 2/67	Score ต.ก. 1/68
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	11	8. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย 8.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 87				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	12	8.2 ร้อยละของเด็กของปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 20				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	13	9. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป 9.1 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป	อัตราความรอบรู้ ด้านสุขภาพของ ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพียงพอ ร้อยละ 82				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	14	9.2 ประชาชนในชุมชน (HLC) ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรค หรือโลว์คาร์บอนไมซ์โลว์ แคล	เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 945 ชุมชน จำนวน 9,730 คน				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	15	10. ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้น (โรคฝีดาษวานร)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 53				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	16	11. NCDs remission clinic (DM remission) 11.1 จำนวนการจัดตั้ง/การดำเนินงาน NCDs remission clinic ในสวท. /สวท. /สวท./สว.ต.ที่ขึ้น ทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิร้อยละ 100	ร้อยละ 100				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	17	11.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) ต่อผู้ป่วยที่สมัคร ใจเข้าร่วม NCDs remission clinic	≥ ร้อยละ 10				
	18	11.3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) ต่อผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดในพื้นที่	≥ ร้อยละ 1				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	19	11.4 จำนวน สอ.ที่จัดตั้ง NCDs Prevention Center	ร้อยละ 100				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	20	11.5 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM และ HT 11.5.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM	DM ≥ ร้อยละ 70				

ประเด็นที่	ข้อที่	ชื่อตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 68	จังหวัด			
				ผลงาน ต.ก. 1/68	Score สรุป ต.ก. 1/67	Score สรุป ต.ก. 2/67	Score ต.ก. 1/68
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	21	11.5.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย HT	HT $\geq$ ร้อยละ 85				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	22	12. อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ลดลง	ลดลงร้อยละ 3 โดยเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565 - 2567)				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	23	13. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) 13.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 I69)	< ร้อยละ 7				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	24	13.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	$\geq$ ร้อยละ 80				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	25	14. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 14.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	26	14.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	27	15. อัตราตายการรณรงค์เกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน 15.1 อัตราตายการรณรงค์เกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	$\leq$ 3.60 ต่อ 1,000 การรณรงค์ เกิดมีชีพ				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	28	15.2 จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ	$\leq$ 1: 300 การรณรงค์ เกิดมีชีพ				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	29	16. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ 26				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	30	17. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI 17.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 9				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	31	17.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI	< ร้อยละ 10				

ประเด็นที่	ข้อที่	ชื่อตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบ 68	จังหวัด			
				ผลงาน ต.ก. 1/68	Score สรุป ต.ก. 1/67	Score สรุป ต.ก. 2/67	Score ต.ก. 1/68
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	32	17.3 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 17.3.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 70				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	33	17.3.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 70				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	34	18. ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อนหน้า	ลดลง > ร้อยละ 10				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	35	19. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้เสียชีวิตใน sw. A, S, M1	อัตราส่วนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	36	20. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง 20.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ 25				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	37	20.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	≥ ร้อยละ 50				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	38	20.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ 50				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	39	20.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ร้อยละ 50				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	40	20.5 ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการรักษา	ร้อยละ 50				
ประเด็นที่ 4 (14 ตัวชี้วัด) คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ	41	20.6 ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการรักษา	ร้อยละ 80				
ประเด็นที่ 5 (1 ตัวชี้วัด) สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน	42	21. แก่นำสุขภาพมีศักยภาพในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	ร้อยละ 90				
ประเด็นที่ 6 (6 ตัวชี้วัด) จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ	43	22. มีบริการสถานชีวภิบาล/กฎชีวภิบาล ตามแนวทาง/มาตรฐาน อย่างน้อยจังหวัดละ 2 แห่ง	อย่างน้อยจังหวัดละ 2 แห่ง				

ประเด็นที่	ข้อที่	ชื่อตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบ 68	จังหวัด			
				ผลงาน ต.ก. 1/68	Score สรุป ต.ก. 1/67	Score สรุป ต.ก. 2/67	Score ต.ก. 1/68
ประเด็นที่ 6 (6 ตัวชี้วัด) จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ	44	23. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75				
ประเด็นที่ 6 (6 ตัวชี้วัด) จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ	45	24. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient	ร้อยละ 70				
ประเด็นที่ 6 (6 ตัวชี้วัด) จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ	46	25. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและด้านการเคลื่อนไหวร่างกายได้รับการดูแลรักษา 25.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40				
ประเด็นที่ 6 (6 ตัวชี้วัด) จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ	47	25.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40				
ประเด็นที่ 6 (6 ตัวชี้วัด) จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ	48	26. Caregiver รายใหม่ผ่านการอบรม	Caregiver รายใหม่ จำนวน 10,000 คน / เขตสุขภาพที่ 8				
ประเด็นที่ 6 (6 ตัวชี้วัด) จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ	49	27. ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัด เป็นไปตามเป้าหมาย	เพิ่มเป็นอย่างน้อย ร้อยละ 70				
ประเด็นที่ 7 (3 ตัวชี้วัด) เพิ่มศักยภาพเครือข่ายสุขภาพ Medical & wellness Hub	50	28. อัตราส่วนของสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดต่อจำนวน นักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ - อัตราส่วนของสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดต่อ จำนวนนักท่องเที่ยว	อัตราส่วนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่ได้รับมาตรฐาน ตามที่กำหนดต่อ จำนวนนักท่องเที่ยว ไม่น้อยกว่า ๑.๕ ต่อ ล้านนักท่องเที่ยว				
ประเด็นที่ 7 (3 ตัวชี้วัด) เพิ่มศักยภาพเครือข่ายสุขภาพ Medical & wellness Hub	51	29. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	ได้รับการอนุญาตไม่น้อย กว่าร้อยละ 90				
ประเด็นที่ 7 (3 ตัวชี้วัด) เพิ่มศักยภาพเครือข่ายสุขภาพ Medical & wellness Hub	52	30. รายรับจากการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ ได้มาตรฐานต่อจำนวนครั้งผู้รับบริการทั้งหมด	รายรับจากการให้บริการด้านการ แพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน ต่อจำนวนครั้งการ ให้บริการผู้ป่วยนอก (ไม่น้อยกว่า 80 บาท/ครั้ง)				

ประเด็นที่	ข้อที่	ชื่อตัวชี้วัด (KPIs)	เป้าหมาย ปีงบ 68	จังหวัด			
				ผลงาน ต.ก. 1/68	Score สรุป ต.ก. 1/67	Score สรุป ต.ก. 2/67	Score ต.ก. 1/68
ประเด็นที่ 8 (5 ตัวชี้วัด) บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข	53	31. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย) 31.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	ร้อยละ 90				
ประเด็นที่ 8 (5 ตัวชี้วัด) บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข	54	31.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย)	ร้อยละ 25				
ประเด็นที่ 8 (5 ตัวชี้วัด) บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข	55	32. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ 32.1 การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง	ร้อยละ 4				
ประเด็นที่ 8 (5 ตัวชี้วัด) บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข	56	32.2 ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ	ร้อยละ 0.50				
ประเด็นที่ 8 (5 ตัวชี้วัด) บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข	57	33. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมบูรณ์ (RLU hospital) 33.1 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมบูรณ์ (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 20				
ประเด็นที่ 8 (5 ตัวชี้วัด) บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข	58	33.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกิน ร้อยละ 10				
ประเด็นที่ 8 (5 ตัวชี้วัด) บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข	59	33.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	มากกว่าร้อยละ 70				
ประเด็นที่ 8 (5 ตัวชี้วัด) บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข	60	34. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 34.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2				
ประเด็นที่ 8 (5 ตัวชี้วัด) บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข	61	34.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6	ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4				
ประเด็นที่ 8 (5 ตัวชี้วัด) บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข	62	35. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 70 ของการตรวจสอบรายงานการเงิน (หมวดคลินิกทรัพยากร และลูกหนี้คำรักษาพยาบาล)	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ ๗๐				