

Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) ประจำปี ๒๕๖๕

๒. Area based เขต ๑-๑๒

รหัสประเด็น	เขต	Area based
๗.๑	๑	- เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ยลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๓๐ - อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ร้อยละ ๘๘
๗.๒	๒	ไวรัสตับอักเสบซี
๗.๓	๓	อายุคาดเฉลี่ยของประชาชน เขตสุขภาพที่ ๓
๗.๔	๔	- Preterm (การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ป้องกันคลอดก่อนกำหนด) - Intermediate Care (การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง) - Accident (สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน)
๗.๕	๕	- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสถานการณ์โควิด-๑๙ - การพัฒนาระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และแผนพัฒนาจังหวัด - การพัฒนาระบบบริการสุขภาพประชากรข้ามชาติ
๗.๖	๖	Obesity War season ๒
๗.๗	๗	- TB - OVCCA - Cancer Anywhere
๗.๘	๘	การพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ ๘ (R๘ Mental Health)
๗.๙	๙	NCDs Cluster
๗.๑๐	๑๐	- พัฒนาการเด็กและจิตเวชเด็ก - OVCCA - ปอดบวม
๗.๑๑	๑๑	- NCD (cardiovascular disease) - Marine health region ๑๑
๗.๑๒	๑๒	- NCD - AGED (ผู้สูงอายุ)

เขตสุขภาพที่ ๑

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
(Inspection Guideline) ประเด็นที่ ๘ : Area based

หัวข้อ สุขภาพแม่และเด็ก

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ) เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ยลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๓๐

ค่านิยาม

เด็กเตี้ย หมายถึง เด็กปฐมวัยที่มีส่วนสูงเทียบกับอายุ (Height By Age) โดยมีเกณฑ์ส่วนสูงอยู่น้อยกว่า มัชยฐาน - ๒ SD

เด็กค่อนข้างเตี้ย หมายถึง เด็กปฐมวัยที่มีส่วนสูงเทียบกับอายุ (Height By Age) โดยมีเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในช่วง น้อยกว่า มัชยฐาน - ๑.๕ SD ถึง - ๒ SD

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
จังหวัดมีการดำเนินงานตาม OKR และมีการจัดเก็บข้อมูลเด็กเตี้ย	<p>Assessment : วิเคราะห์ข้อมูลเด็กเตี้ย ของเขตสุขภาพที่ ๑ และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่</p> <p>Advocate : ประชุมชี้แจงมาตรการแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ยให้กับ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๑</p> <p>Intervention : <u>มาตรการที่ ๑ :</u> เด็กปฐมวัยเตี้ยและค่อนข้างเตี้ยได้รับนม ๒ กล่องไข่ ๑ ฟอง ๙๐% <u>มาตรการที่ ๒ :</u> ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ๑๐๐ % <u>มาตรการที่ ๓ :</u> เด็กปฐมวัยมีกิจกรรมกระโดดโลดเต้นอย่างน้อย ๓ ชม./วัน โดยเฉพาะเด็กเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ๙๐%</p> <p>Management : บูรณาการความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>ติดตามการทำงานตามมาตรการที่ได้ตั้งไว้ดังนี้</p> <p>๑. จังหวัดมีการประชุมถ่ายทอดและมีการถ่ายระดับมาตรการการแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย</p> <p>๒. พื้นที่มีระบบการจัดเก็บข้อมูล</p> <p>๓. พื้นที่จัดทำแผนงาน/งบประมาณ เพื่อแก้ปัญหาเด็กเตี้ยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>๔. พื้นที่มีการเขียนโครงการแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ยผ่านกองทุนสุขภาพตำบล</p> <p>๕. จำนวนมาตรการที่สามารถนำไปดำเนินการได้และความครอบคลุมของเด็กเตี้ยที่ได้รับ Individual care plan</p>	ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการตามมาตรการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
ประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการ	-ประเมินผลลัพธ์หลังจากดำเนินงานตามมาตรการ	-จังหวัดมีการดำเนินงานตามมาตรการอย่างต่อเนื่อง -จังหวัดมีการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน	-ร้อยละ ๕๐ ของอปท. หรือศพด.มีการดำเนินงานตามมาตรการที่ตั้งไว้ -เด็กปฐมวัยเตี้ยน้อยกว่าร้อยละ ๑๐

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
มีการประเมินสถานการณ์จัดทำแผน ประสานภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนมาตรการ	- ร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับบริการตามมาตรการ - ร้อยละ ๒๕ ของอปท. ที่ดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย อย่างน้อย ๑ มาตรการ	- ร้อยละ ๗๕ ของกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับบริการตามมาตรการ - ร้อยละ ๕๐ ของอปท. ที่ดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย อย่างน้อย ๑ มาตรการ	- ร้อยละ ๑๐๐ ของกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับบริการตามมาตรการ - เด็กปฐมวัยเตี้ยน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ - ร้อยละ ๕๐ ของอปท. ที่ดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย อย่างน้อย ๑ มาตรการ

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑. ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี
๒. เด็กอายุ ๐ - ๒ ปีมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ)
๓. เด็กอายุ ๓ - ๕ ปีมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ)
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน- ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
๕. ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

มาตรการ	A	B	สูตรคำนวณ
๑. เด็กปฐมวัยเตี้ยได้รับนม ๒ กล่องไข่วันละ ๑ ฟอง ๙๐%	จำนวนเด็กเตี้ยทั้งหมด	จำนวนเด็กเตี้ยที่ได้รับนม ๒ กล่อง ไข่วันละ ๑ ฟอง	$\frac{B \times 100}{A}$
๒. ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ๑๐๐ %	จำนวนเด็กเตี้ยทั้งหมด	จำนวนเด็กเตี้ยที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	$\frac{B \times 100}{A}$
๓. เด็กปฐมวัยมีกิจกรรมกระโดดโลดเต้นอย่างน้อย ๓ ชม./วัน โดยเฉพาะเด็กเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ๙๐%	จำนวนเด็กเตี้ยทั้งหมด	จำนวนเด็กเตี้ยที่มีกิจกรรมกระโดดโลดเต้นอย่างน้อย ๓ ชม./วัน โดยเฉพาะเด็กเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ๙๐%	$\frac{B \times 100}{A}$

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
พญ.ลิดาพัฒน์ ยุตบุตร	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	Tel. ๐๕๓-๒๗๒๗๔๐ ต่อ ๕๕๕ Mobile ๐๙๕-๒๓๕-๖๙๕๓ e-mail : sidapany@yahoo.com	เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย
นางพิมพ์ดวงใจ ชัยชนะ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	Tel. ๐๕๓-๒๗๒๗๔๐ ต่อ ๑๒๕ Mobile ๐๘๕-๘๖๘๖๐๒๖ e-mail : pimchai@hotmail.com	เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย
นางกฤษณา กาเผือก	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	Tel. ๐๕๓-๒๗๒๗๔๐ ต่อ ๑๒๕ Mobile ๐๘๕-๘๒๑๔๐๑๗ e-mail : kapheak@gmail.com	เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
พญ.ลิดาพัฒน์ ยุตบุตร	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	Tel. ๐๕๓-๒๗๒๗๔๐ ต่อ ๕๕๕ Mobile ๐๙๕-๒๓๕-๖๙๕๓ e-mail : sidapany@yahoo.com	เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย
นางพิมพ์ดวงใจ ชัยชนะ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	Tel. ๐๕๓-๒๗๒๗๔๐ ต่อ ๑๒๕ Mobile ๐๘๕-๘๖๘๖๐๒๖ e-mail : pimchai@hotmail.com	เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย
นางกฤษณา กาเผือก	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	Tel. ๐๕๓-๒๗๒๗๔๐ ต่อ ๑๒๕ Mobile ๐๘๕-๘๒๑๔๐๑๗ e-mail : kapheak@gmail.com	เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	23. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 23.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 23.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	<p>1 ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3 กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ.2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>

	<p>4 หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>4.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p> <p>4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)</p> <p>4.3 โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) คือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล</p>																
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>																	
<p>ชื่อตัวชี้วัด</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="608 584 815 685">ปีงบประมาณ</th> <th data-bbox="815 584 1023 685">ปีงบประมาณ</th> <th data-bbox="1023 584 1230 685">ปีงบประมาณ</th> <th data-bbox="1230 584 1445 685">ปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th data-bbox="608 685 815 786">62</th> <th data-bbox="815 685 1023 786">63</th> <th data-bbox="1023 685 1230 786">64</th> <th data-bbox="1230 685 1445 786">65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="608 786 815 999">อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)</td> <td data-bbox="815 786 1023 999">85</td> <td data-bbox="1023 786 1230 999">85</td> <td data-bbox="1230 786 1445 999">88</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 999 815 999">อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</td> <td data-bbox="815 999 1023 999">82.5</td> <td data-bbox="1023 999 1230 999">82.5</td> <td data-bbox="1230 999 1445 999">88</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	62	63	64	65	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	85	85	88	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	82.5	82.5	88
ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ														
62	63	64	65														
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	85	85	88														
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	82.5	82.5	88														
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษารอบ</p> <p>2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>																
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>																
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)</p>																
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)</p>																
<p>1.สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$																

	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา <u>ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565</u></p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564)</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา <u>ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565</u>
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564)
2.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ.2565) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565)</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565)</p> <p>คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565)
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565)</p> <p>คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน*</p> <p>หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC</p> <p>*ข้อมูลจาก WHO Global report 2019</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 ■ ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2565 ■ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
เงื่อนไขการคำนวณ	<p>1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่นับรวม</p> <p>1.1 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาส ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564)</p> <p>1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือExtensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูก</p>

นำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

1.3 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ (Success rate)	-	-	-	ร้อยละ 88
อัตราความครอบคลุม การขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับ เป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ 22	ร้อยละ 44	ร้อยละ 66	ร้อยละ 88

หมายเหตุ :

ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2565 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2565

วิธีการประเมินผล :

ใช้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ

แนวทางการประเมินผล

1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค)

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน

ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) ในภาพรวมของประเทศ

2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) ในระดับพื้นที่

3 ระดับจังหวัด

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน

ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ

2.โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561 ¹	2562 ²	2563 ³
	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)**	ร้อยละ	85.0	85.7	85.4
	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	72.2	76.8	78.4
<p>หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ</p> <p>ที่มา https://tbc Thailand.ddc.moph.go.th</p> <p>¹ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561</p> <p>²ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562</p> <p>³ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563</p>					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>กรมควบคุมโรค กองวัณโรค</p> <p>1. แพทย์หญิงผลีน กมลวิทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935</p> <p>2. นางสาวธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935 thidaporn@health.moph.go.th</p> <p>3. นางสาวกิตติยาพร ทองแยม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935 kittiyapon.thongyamm@gmail.com</p> <p>ผู้อำนวยการกองวัณโรค โทรศัพท์มือถือ : 08 4605 6710 E-mail : phalin1@hotmail.com</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กร โทรศัพท์มือถือ : 06 5949 0935 E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail :</p>				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค</p> <p>นางสาวกิตติยาพร ทองแยม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935 kittiyapon.thongyamm@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail :</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>กรมควบคุมโรค กองวัณโรค</p> <p>1. นางสาวธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935</p> <p>หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กร โทรศัพท์มือถือ : 06 5949 0935 E-mail : thidaporn@health.moph.go.th</p>				

	<p>2. นางสาวทัศนีย์ มนูญพานิชย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935</p> <p>3. นางสาวลัดดา รัตนวิจิตร งาน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935 kittiyapon.thongyamm@gmail.com</p> <p>4. นางสาวกิตติยาพร ทองแยม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935 kittiyapon.thongyamm@gmail.com</p> <p>5. นางสาวสิรินทิพย์ ต้นตี่รุ่งรัตนา โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935</p>	<p>นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 4008 3253 E-mail : tmanoonpanich@gmail.com</p> <p>เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญ งาน โทรศัพท์มือถือ : 09 2294 5168 E-mail :</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail :</p> <p>นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์มือถือ : 064 519 3647 E-mail : st.sirinhipforwork@gmail.com</p>
<p>การแสดงผลใน HealthKPI (ไปรตระบุ)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> หน่วยงานส่วนกลาง กรมควบคุมโรค กองวัณโรค นางสาวกิตติยาพร ทองแยม โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 090 241 9553 E-mail : kittiyapon.thongyamm@gmail.com</p>

ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมายของอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 3 ปี ย้อนหลัง				ค่าเป้าหมาย (%) ปีงบประมาณ พ.ศ.2565
	2561 ¹	2562 ²	2563 ³	ค่าเฉลี่ย	
เขต 1 – 12	85.0	85.7	85.4	85.4	≥ 88
1 เชียงใหม่	73.6	79.4	76.6	76.5	≥ 88
2 พิษณุโลก	82.8	85.4	86.4	84.9	≥ 88
3 นครสวรรค์	84.5	85.1	84.3	84.6	≥ 88
4 สระบุรี	83.6	86.5	87.5	85.9	≥ 88
5 ราชบุรี	85.1	85.1	85.9	85.4	≥ 88
6 ชลบุรี	87.2	85.9	85.5	86.2	≥ 88
7 ขอนแก่น	86.9	84.8	85.8	85.8	≥ 88
8 อุตรธานี	86.3	84.4	82.5	84.4	≥ 88
9 นครราชสีมา	85.4	86.6	86.5	86.2	≥ 88
10 อุบลราชธานี	90.6	90.2	88.1	89.6	≥ 88
11 นครศรีธรรมราช	86.5	88.4	88.4	87.8	≥ 88
12 สงขลา	84.2	86.7	87.5	86.1	≥ 88

หมายเหตุ ที่มา <https://tbcmtailand.ddc.moph.go.th>

¹ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

²ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

³ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมายของอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษา
ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
(TB Treatment Coverage) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

เขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความครอบคลุมของการ ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ 3 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ.2561 – 2563)				ค่าเป้าหมายอัตราความ ครอบคลุมการขึ้นทะเบียน ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับ เป็นซ้ำ (%) ปีงบประมาณ พ.ศ.2565
	2561 ¹	2562 ²	2563 ³	ค่าเฉลี่ย	
เขต 1 – 12	72.2	76.8	78.4	75.8	≥ 88
1 เชียงใหม่	63.0	67.0	74.9	68.3	≥ 88
2 พิษณุโลก	70.1	73.6	78.5	74.1	≥ 88
3 นครสวรรค์	61.9	65.5	73.8	67.1	≥ 88
4 สระบุรี	70.6	76.1	72.9	73.2	≥ 88
5 ราชบุรี	75.8	74.9	73.3	74.7	≥ 88
6 ชลบุรี	94.8	92.9	87.8	91.8	≥ 88
7 ขอนแก่น	83.7	82.7	87.2	84.5	≥ 88
8 อุตรธานี	60.7	61.1	58.7	60.2	≥ 88
9 นครราชสีมา	72.9	70.8	69.5	71.1	≥ 88
10 อุบลราชธานี	74.9	75.9	80.0	76.9	≥ 88
11 นครศรีธรรมราช	74.1	71.0	74.8	73.3	≥ 88
12 สงขลา	64.2	68.1	64.0	65.4	≥ 88

หมายเหตุ ที่มา <https://tbcmtailand.ddc.moph.go.th>

¹ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

²ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

³ผลจากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ค่าเป้าหมายของอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำแนกรายเขต

เขตสุขภาพ	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2565 อัตราความครอบคลุมของการขึ้น ทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคราย ใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 88
ประเทศ	66,186,727	99,280	87,366
1 เชียงใหม่	5,876,353	8,815	7,757
2 พิษณุโลก	3,538,314	5,307	4,671
3 นครสวรรค์	2,935,081	4,403	3,874
4 สระบุรี	5,401,564	8,102	7,130
5 ราชบุรี	5,331,768	7,998	7,038
6 ชลบุรี	6,199,296	9,299	8,183
7 ขอนแก่น	5,024,006	7,536	6,632
8 อุตรดิตถ์	5,519,803	8,280	7,286
9 นครราชสีมา	6,717,536	10,076	8,867
10 อุบลราชธานี	4,586,883	6,880	6,055
11 นครศรีธรรมราช	4,482,497	6,724	5,917
12 สงขลา	4,985,404	7,478	6,581
13 สปคม.	5,588,222	8,382	7,376

หมายเหตุ :

* ที่มาฐานข้อมูลประชากร HDC ปี พ.ศ.2563 : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

** ข้อมูลจาก WHO Global TB Report 2019

ค่าเป้าหมายของอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่
และกลับเป็นซ้ำ(TB Treatment Coverage) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
จำแนกรายจังหวัด

เขตสุขภาพ	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2565 อัตราความครอบคลุมการขึ้น ทะเบียนผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 88
ประเทศ	66,186,727	99,280	87,366
กรุงเทพมหานคร	5,588,222	8,382	7,376
จังหวัดกระบี่	477,770	717	631
จังหวัดกาญจนบุรี	891,976	1,338	1,177
จังหวัดกาฬสินธุ์	977,175	1,466	1,290
จังหวัดกำแพงเพชร	714,118	1,071	943
จังหวัดขอนแก่น	1,794,531	2,692	2,369
จังหวัดจันทบุรี	535,559	803	707
จังหวัดฉะเชิงเทรา	720,718	1,081	951
จังหวัดชลบุรี	1,566,885	2,350	2,068
จังหวัดชัยนาท	322,477	484	426
จังหวัดชัยภูมิ	1,124,924	1,687	1,485
จังหวัดชุมพร	509,208	764	672
จังหวัดเชียงราย	1,295,026	1,943	1,709
จังหวัดเชียงใหม่	1,784,370	2,677	2,355
จังหวัดตรัง	640,574	961	846
จังหวัดตราด	228,536	343	302
จังหวัดตาก	670,265	1,005	885
จังหวัดนครนายก	260,081	390	343
จังหวัดนครปฐม	920,729	1,381	1,215
จังหวัดนครพนม	717,201	1,076	947
จังหวัดนครราชสีมา	2,633,207	3,950	3,476
จังหวัด นครศรีธรรมราช	1,550,721	2,326	2,047

เขตสุขภาพ	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2565 อัตราความครอบคลุมการขึ้น ทะเบียนผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 88
จังหวัดนครสวรรค์	1,040,308	1,560	1,373
จังหวัดนนทบุรี	1,276,745	1,915	1,685
จังหวัดนราธิวาส	804,429	1,207	1,062
จังหวัดน่าน	476,727	715	629
จังหวัดบึงกาฬ	422,042	633	557
จังหวัดบุรีรัมย์	1,581,184	2,372	2,087
จังหวัดปทุมธานี	1,176,412	1,765	1,553
จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	550,678	826	727
จังหวัดปราจีนบุรี	493,670	741	652
จังหวัดปัตตานี	726,015	1,089	958
จังหวัด พระนครศรีอยุธยา	819,088	1,229	1,081
จังหวัดพะเยา	467,356	701	617
จังหวัดพังงา	268,229	402	354
จังหวัดพิจิตร	523,077	785	690
จังหวัดพิจิตร	532,310	798	703
จังหวัดพิษณุโลก	849,481	1,274	1,121
จังหวัดเพชรบุรี	482,193	723	636
จังหวัดเพชรบูรณ์	981,940	1,473	1,296
จังหวัดแพร่	437,350	656	577
จังหวัดภูเก็ต	414,471	622	547
จังหวัดมหาสารคาม	953,660	1,430	1,259
จังหวัดมุกดาหาร	350,911	526	463
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	284,549	427	376
จังหวัดยโสธร	534,500	802	706
จังหวัดยะลา	538,602	808	711
จังหวัดร้อยเอ็ด	1,298,640	1,948	1,714

เขตสุขภาพ	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2565 อัตราความครอบคลุมการขึ้น ทะเบียนผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 88
จังหวัดระนอง	194,372	292	257
จังหวัดระยอง	741,524	1,112	979
จังหวัดราชบุรี	869,313	1,304	1,147
จังหวัดลพบุรี	742,928	1,114	981
จังหวัดลำปาง	728,964	1,093	962
จังหวัดลำพูน	402,011	603	531
จังหวัดเลย	638,736	958	843
จังหวัดศรีสะเกษ	1,458,580	2,188	1,925
จังหวัดสกลนคร	1,146,936	1,720	1,514
จังหวัดสงขลา	1,428,609	2,143	1,886
จังหวัดสตูล	324,098	486	428
จังหวัดสมุทรปราการ	1,351,479	2,027	1,784
จังหวัดสมุทรสงคราม	192,052	288	254
จังหวัดสมุทรสาคร	586,199	879	774
จังหวัดสระแก้ว	560,925	841	740
จังหวัดสระบุรี	643,828	966	850
จังหวัดสิงห์บุรี	205,898	309	272
จังหวัดสุโขทัย	587,883	882	776
จังหวัดสุพรรณบุรี	838,628	1,258	1,107
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	1,067,726	1,602	1,409
จังหวัดสุรินทร์	1,378,221	2,067	1,819
จังหวัดหนองคาย	517,435	776	683
จังหวัดหนองบัวลำภู	509,470	764	673
จังหวัดอ่างทอง	276,584	415	365
จังหวัดอำนาจเจริญ	376,195	564	497
จังหวัดอุดรธานี	1,567,983	2,352	2,070
จังหวัดอุตรดิตถ์	448,745	673	592

เขตสุขภาพ	จำนวนปชก. ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสน ปชก.)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2565 อัตราความครอบคลุมการขึ้น ทะเบียนผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 88
จังหวัดอุทัยธานี	325,868	489	430
จังหวัดอุบลราชธานี	1,866,697	2,800	2,464

หมายเหตุ :

* ที่มาฐานข้อมูลประชากร HDC ปี พ.ศ.2563 :

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

** ข้อมูลจาก WHO Global TB Report 2019

เขตสุขภาพที่ ๒



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๒ โทร. ๐ ๕๕๒๔ ๘๖๕๘

ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๒ / ๕๒๐๕ วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งประเด็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ (Area Based)

เรียน หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ตามหนังสือสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๕/๓๙๑๒ ลงวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ ขอให้เขตสุขภาพที่ ๒ แจ้งประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area based) และประเด็น Innovation Healthcare ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เขตละ ๑ - ๒ เรื่อง พร้อมทั้งจัดทำแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) ส่งที่กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ ภายในวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๔ นั้น

ในการนี้ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๒ ขอส่งประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area based) และประเด็น Innovation Healthcare พร้อมแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒

แบบแจ้งประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area Based)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕


เขตสุขภาพที่ ๒

ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area Based)

ไวรัสตับอักเสบซี

ประเด็นนวัตกรรมสุขภาพ (Innovation Healthcare Management)

Wellness Center (นวัตกรรมระบบตรวจสุขภาพ)

ลงชื่อ  ผู้ให้ข้อมูล

(นายปิยวุฒิ มามี)

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ



(นายจรัญ จันทัตตการ)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 2

(ร่าง) แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

(Inspection Guideline) Area based (เขตสุขภาพที่ ๒)

ประเด็นที่..... : ไวรัสตับอักเสบบี

หัวข้อ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ) :

๑. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี
๒. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีพบผลบวก เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษา และป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (เฉพาะกลุ่มเสี่ยงตามเงื่อนไข สปสช.)

คำนิยาม

เขตสุขภาพที่ ๒ ได้กำหนดเป้าหมายกำจัดไวรัสตับอักเสบบี ภายในปี ๒๕๗๒ เพื่อการลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ โดยมีเป้าหมายระดับมาตรการที่สำคัญคือ ๑) ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการตรวจคัดกรองวินิจฉัยมากกว่าร้อยละ ๙๐ ๒) ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซึ่งวินิจฉัยแล้ว ได้รับการรักษามากกว่า ร้อยละ ๘๐ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ประเทศไทย

๑.กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประกอบด้วย

๑. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
๒. ผู้ที่มีประวัติใช้เข็มฉีดยาเสพติด หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
๓. ผู้ต้องขัง(รายใหม่) หรือผู้เคยมีประวัติต้องขัง
๔. ชายรักชาย และพนักงานบริการทางเพศ
๕. พนักงานเก็บขยะ
๖. กลุ่มอายุ ๓๕-๖๔ ปี (เฉพาะจังหวัดเพชรบูรณ์)

เงื่อนไข : ประชาชนคนไทยผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่มีระบบการจ่ายชดเชยเพิ่มเติม ๒ กลุ่ม ได้แก่ (กลุ่มอื่นจะได้รับการชดเชยค่าตรวจและยาเมื่อเข้ารับการรักษา ตามระบบยาจ.๒ เท่านั้น)

๑. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี
๒. ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่มารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่หน่วยบริการ

๒. การดำเนินงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประกอบด้วย

๒.๑ การคัดกรอง คือ การตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยวิธีการตรวจเลือดจากทางหลอดเลือดดำ (Vein) หรือการเจาะเลือดจากปลายนิ้วหา Antibody (Anti – HCV rapid test) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่มีประสิทธิภาพโดยการทำงานเชิงรุกในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเชิญชวนให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง เช่น การสร้างทัศนคติ ความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ และมีบริการเชิงรับในสถานพยาบาลเพื่อการตรวจคัดกรองและส่งต่อเข้าสู่บริการการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑. บุคคลทั้งหมดที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้มีอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี สูงควรได้รับการคัดกรองด้วยการตรวจหาแอนติบอดี (Antibody test) ซึ่งรวมถึงผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (People who inject drugs, PWID) และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (People living with HIV, PLHIV)

๒. สำหรับกลุ่มประชากรทั่วไป ในพื้นที่ที่ค่าความชุกของแอนติบอดีที่จำเพาะต่อไวรัสตับอักเสบ ซี ในกลุ่มประชากรมีค่า $\geq 2\%$ หรือ $\geq 5\%$ เพื่อตรวจหาแอนติบอดีได้ ตลอดจนได้รับการแนะนำให้ตรวจหาแอนติบอดี

๓. บุคคลใดก็ตามที่ผลตรวจพบแอนติบอดี ควรได้รับการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Viral load test หรือที่รู้จักกันในนามของการตรวจหา HCV RNA) เพื่อยืนยันว่ามีการติดเชื้อแบบเรื้อรังหรือไม่

๔. ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจหาจีโนไทป์ (Genotype testing) ของไวรัสตับอักเสบ ซี ก่อนที่จะได้รับการรักษาด้วยการเลือกสูตรยา DAA ชนิด “ครอบคลุมทุกสายพันธุ์” (Pan - genotypic)

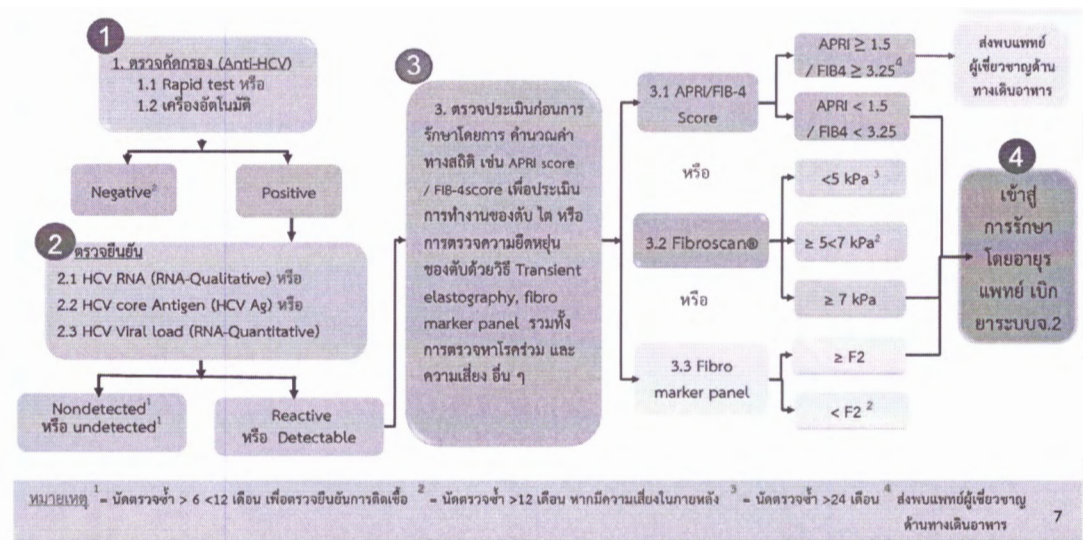
เมื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง โดยการตรวจหา Antibody หากตรวจพบผลลบ (Negative) ควรได้รับการแนะนำป้องกันโรคและตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ซ้ำทุก ๑ ปี ในกรณีที่ตรวจพบผลบวก (Positive) ให้ตรวจยืนยันด้วย X - pert หรือ HCV core Ag หรือ HCV RNA viral load หากได้ผลบวกแสดงว่าเป็นไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง และมีการตรวจประเมินผู้ป่วยเพื่อส่งต่อหรือเข้าสู่ระบบการรักษา

๒.๒ การรักษา เป้าหมายของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อกำจัดไวรัสออกจากร่างกาย ลดความเสียหายของตับ ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ไปสู่คนอื่น ๆ

ปัจจุบันมีการพัฒนา ยา Direct Acting Antiviral (DAA) ซึ่งออกฤทธิ์โดยการขัดขวางการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัส และสามารถให้ได้โดยวิธีรับประทาน ได้แก่ NS5A inhibitor ได้แก่ Daclatasvir และ NS5B inhibitor ได้แก่ Sofosbuvir ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการ replication และการสร้างไวรัสใหม่ การใช้ร่วมกันนั้นให้ประสิทธิภาพการรักษาที่ดี (SVRเพิ่มขึ้น) กำจัดเชื้อไวรัสได้ทุกสายพันธุ์ ออกฤทธิ์เสริมกับสูตร PR หรือสามารถใช้ร่วมกันได้โดยไม่ต้องใช้ Peg interferon alpha โดยใช้เวลารักษาสั้นลงและมีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง

ก่อนที่จะเริ่มการรักษา แพทย์จะมีการประเมินผู้ป่วยในระยะก่อนการรักษา ในระหว่างการรักษา และระยะหกเดือนหลังการรักษา โดยจะติดตามคุณภาพตับของผู้ป่วยพร้อมกับจำนวนของไวรัสในร่างกาย ผู้ป่วยต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของการรักษา เช่น อาจจำเป็นต้องหยุดพักงาน เจ็บหน้าอกทางสุขภาพอื่น ๆ ที่ต้องจัดการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา

สรุปแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง
ขั้นตอนการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี กรณียาสูตร Pan-Genotypic



ที่มา : สปสช. (๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๓)

๒.๓ ระบบส่งต่อผู้ป่วย

ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการตรวจจนทราบสถานการณ์การติดเชื้อของตนเอง แต่ก็อาจไม่ได้รับการรักษาทั้งที่ยาที่ใช้ในการรักษาได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ และเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาอยู่แล้ว ดังนั้นจึงต้องพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้

๑. สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทางการแพทย์ถึงสภาพปัญหาและผลกระทบของโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง และความจำเป็นของการรักษาผู้ป่วย

๒. พัฒนาระบบบริการให้เชื่อมโยงการตรวจคัดกรอง การดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ เช่น ระบบทะเบียนแบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการรักษา และระบบบริการให้คำปรึกษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไวรัสตับอักเสบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

๓. มีระบบข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบ ที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาในสถานพยาบาลที่บุคคลนั้น ๆ มีสิทธิการรักษาพยาบาลอยู่ โดยสามารถตรวจสอบได้ว่าบุคคลที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาตามสถานพยาบาลนั้น ๆ หรือไม่

๓.มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ หมายถึง การดำเนินงานโดยนำหลัก ๔ P มาขับเคลื่อนและพัฒนา ระบบการตรวจคัดกรอง การรักษา และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำของโรคไวรัสตับอักเสบซี ประกอบด้วย

Policy: สอดคล้องตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค เช่น โครงการ “ราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีด้วยหัวใจ” บูรณาการร่วมกับโครงการ “คืนคนสุขภาพดี สู่อสังคัม” โครงการ ๓ หมอ (หมอคนที่ ๑: อสรจ/อสม. หมอคนที่ ๒: สถานพยาบาลในเรือนจำ/รพสต. หมอคนที่ ๓: โรงพยาบาลแม่ข่าย) โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

Practical measurement: มีความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติที่เห็นผลได้ เช่น พัฒนาระบบคัดกรอง ผู้ต้องขังรายใหม่/กลุ่มเสี่ยง ระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง การจัดระบบบริการส่งต่อ (ข้อมูล/ผู้ป่วย) เข้าสู่ระบบการ รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี แนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อซ้ำของโรคไวรัสตับอักเสบบี

Partnership: การมีส่วนร่วมของหน่วยงาน ภาคส่วนต่าง ๆ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อน และพัฒนาการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่

People: วิเคราะห์ปัญหาและพัฒนามาตรการดำเนินงานที่ความเหมาะสม ครอบคลุมกับกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ พิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของบุคคลและครอบครัว นำไปสู่ประชาชนสุขภาพดี

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
๑. การจัดตั้ง โครงสร้างการ ดำเนินงานไวรัส ตับอักเสบบีระดับ จังหวัด	๑. การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม มาตรการและการเฝ้า ระวังโรคไวรัสตับ อักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง	๑. แนวทางการดำเนินงานและ การวางแผนกิจกรรมดำเนินการ แก้ไขปัญหาของจังหวัด ๒. รายงานผลการดำเนินการทุก ไตรมาส	๑. มีคณะทำงานขับเคลื่อนการ ดำเนินงานไวรัสตับอักเสบบี จังหวัด/อำเภอ/ตำบล ๒. มีกิจกรรมการดำเนินงานตรวจ คัดกรองภายใต้ ๑) โครงการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ ๒) โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีด้วยหัวใจ ๓) โครงการคนไทยทุก ครอบครัว มีหมอปประจำตัว ๓ คน (โครงการ ๓ หมอ) ๓. มีการจัดตั้งคลินิกโรคทางเดิน อาหารและตับ หรือมีการจัดระบบ ส่งต่อวินิจฉัย รักษาไวรัสตับ อักเสบบี และตรวจติดตามอาการ ตามแนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับ อักเสบบี ประเทศไทย
๒. การตรวจคัด กรอง และวินิจฉัย รักษาไวรัสตับ อักเสบบี	๑. คัดกรองไวรัสตับ อักเสบบีในเรือนจำ	๑. ดำเนินการคัดกรองไวรัสตับ อักเสบบีในผู้ต้องขังรายใหม่ ๒. รายงานผลการคัดกรองทุกไตร มาส	การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีใน ผู้ต้องขังรายใหม่ ร้อยละ ๑๐๐
	๒. คัดกรองไวรัสตับ อักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง	๑. ดำเนินการคัดกรองไวรัสตับ อักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง	การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในผู้ กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๗๐

		๒.รายงานผลการคัดกรองทุกไตรมาส	
	๓. ดำเนินการวินิจฉัยรักษา ส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีด/ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ที่มีผลตรวจคัดกรองผลเลือดบวก (Reactive) เข้าสู่ระบบการตรวจยืนยันและรักษาไวรัสตับอักเสบบี และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ	๑.การพัฒนาและขับเคลื่อนระบบการส่งต่อให้เชื่อมโยงระบบคัดกรอง ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ๒.รายงานผลการวินิจฉัย รักษา ส่งต่อ ทุกไตรมาส	การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีด/ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ที่มีผลตรวจคัดกรองผลเลือดบวก (Reactive) เข้าสู่ระบบการตรวจยืนยันและรักษาไวรัสตับอักเสบบี และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ร้อยละ ๖๐
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
๑. การตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี	๑. คัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในเรือนจำ	ดำเนินการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขังรายใหม่	การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขังรายใหม่ ร้อยละ ๑๐๐
	๒. คัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง	ดำเนินการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง	การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๗๐
	๓. ดำเนินการวินิจฉัยรักษา ส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีด/ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ที่มีผลตรวจคัดกรองผลเลือดบวก (Reactive) เข้าสู่ระบบการตรวจยืนยันและรักษาไวรัสตับอักเสบบี และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ	แนวทางการขับเคลื่อนระบบการส่งต่อให้เชื่อมโยงระบบคัดกรอง ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ	การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีด/ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ที่มีผลตรวจคัดกรองผลเลือดบวก (Reactive) เข้าสู่ระบบการตรวจยืนยันและรักษาไวรัสตับอักเสบบี และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ร้อยละ ๖๐

หมายเหตุ : ตัวหาร คือ

๑. ผู้ต้องขัง คือ จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ทั้งหมด โดยไม่นับรวมผู้ต้องขังที่ใกล้พ้นโทษ ปล่อยตัว ในระยะ ๖ เดือน หรือไม่สนใจตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี

๒. กลุ่มเสี่ยง คือ จำนวนกลุ่มเสี่ยงตามค่าคาดประมาณ กองโรคเอดส์ฯ (กลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ชายรักชาย พนักงานบริการทางเพศ ผู้ที่มีประวัติใช้เข็มฉีดยาเสพติด หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น พนักงานเก็บขยะ ผู้มีอายุ ๓๕-๖๕ ปี (เฉพาะจังหวัดเพชรบูรณ์) โดยไม่นับรวมผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่มีภูมิคุ้มกันนอกเขตสุขภาพที่ ๒)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. ร้อยละของผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี = $(A/B) \times 100$

A หมายถึง จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี หรือ จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี

B หมายถึง จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด หรือ จำนวนกลุ่มเสี่ยงตามค่าคาดประมาณ

Small success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ประเมินผลสำเร็จ ๑. จังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง ๒. จัดโครงสร้างการดำเนินงานไวรัสตับอักเสบบีระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ๓. จัดระบบบริการ ตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี		ประเมินผลสำเร็จ ๑. ผลการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในเรือนจำ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๗๐ ๓. ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีพบผลบวกเข้าสู่กระบวนการรักษาและป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (เฉพาะ กลุ่ม HIV PWID ผู้ต้องขัง) ร้อยละ ๖๐	
หมายเหตุ: ๑. กลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่ต้องดำเนินการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี มี ๕ กลุ่ม ประกอบด้วย ๑. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ๒. ผู้ที่มีประวัติใช้เข็มฉีดยาเสพติด หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ๓. ผู้ต้องขัง(รายใหม่) หรือผู้เคยมีประวัติต้องขัง ๔. ชายรักชาย และพนักงานบริการทางเพศ ๕. พนักงานเก็บขยะ ๖. กลุ่มอายุ ๓๕-๖๕ ปี (เฉพาะจังหวัดเพชรบูรณ์) ๒. จังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการในกลุ่มที่ ๑-๖ ๓. จังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย และตาก ดำเนินการในกลุ่มที่ ๑-๕			

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail	ประเด็นที่รับผิดชอบ
ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก	๐๘-๘๑๕๘๔๐๙-๙ niramon.pimnumyen @gmail.com	ระดับความสำเร็จ ของการดำเนินงาน โรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยง
นางสาวกาญจนา มากะนิตย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก	๐๙๕-๖๔๐๔๑๖๒ makanat.dpclplk @gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวกาญจนา มากะนิตย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก	๐๙๕-๖๔๐๔๑๖๒ makanat.dpclplk @gmail.com	ระดับความสำเร็จ ของการดำเนินงาน โรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยง
นายธนเสฏฐ์ หิรัญบัณฑิตย์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก	๐๘๗-๓๒๑๓๑๔๒ birdthanaset@gmail.com	ระดับความสำเร็จ ของการดำเนินงาน โรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง :

๑. นิยามกลุ่มเสี่ยงไวรัสตับอักเสบบี และค่าคาดประมาณของประชากรกลุ่มเป้าหมาย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
๒. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ระดับประเทศ
๓. แนวทาง หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การจ่ายชดเชยค่าบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นพ.รัฐพล เตริยมิชานนท์ ผู้ช่วยเลขาธิการสสส. วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๓

(ร่าง) แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

(Inspection Guideline) Area based (เขตสุขภาพที่ ๒)

ประเด็นที่..... : ไวรัสตับอักเสบบี

หัวข้อ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ) :

- ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีพบผลบวก เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษา และป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (เฉพาะกลุ่มเสี่ยงตามเงื่อนไข สปสช.)

คำนิยาม

เขตสุขภาพที่ ๒ ได้กำหนดเป้าหมายกำจัดไวรัสตับอักเสบบี ภายในปี ๒๕๗๒ เพื่อการลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ โดยมีเป้าหมายระดับมาตรการที่สำคัญคือ ๑) ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการตรวจคัดกรองวินิจฉัยมากกว่าร้อยละ ๙๐ ๒) ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซึ่งวินิจฉัยแล้ว ได้รับการรักษามากกว่า ร้อยละ ๘๐ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ประเทศไทย

๑.กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประกอบด้วย

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- ผู้ที่มีประวัติใช้เข็มฉีดยาเสพติด หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
- ผู้ต้องขัง(รายใหม่) หรือผู้เคยมีประวัติต้องขัง
- ชายรักชาย และพนักงานบริการทางเพศ
- พนักงานเก็บขยะ
- กลุ่มอายุ ๓๕-๖๕ ปี (เฉพาะจังหวัดเพชรบูรณ์)

เงื่อนไข : ประชาชนคนไทยผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่มีระบบการจ่ายชดเชยเพิ่มเติม ๒ กลุ่ม ได้แก่ (กลุ่มอื่นจะได้รับการชดเชยค่าตรวจและยาเมื่อเข้ารับการรักษา ตามระบบยาจ.๒ เท่านั้น)

- กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่มารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่หน่วยบริการ

๒. การดำเนินงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประกอบด้วย

๒.๑ การคัดกรอง คือ การตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยวิธีการตรวจเลือดจากทางหลอดเลือดดำ (Vein) หรือการเจาะเลือดจากปลายนิ้วหา Antibody (Anti – HCV rapid test) วัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่มีประสิทธิภาพโดยการดำเนินงานเชิงรุกในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเชิญชวนให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง เช่น การสร้างทัศนคติ ความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และมีบริการเชิงรับในสถานพยาบาลเพื่อการตรวจคัดกรองและส่งต่อเข้าสู่บริการการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑. บุคคลทั้งหมดที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้มีอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สูงควรได้รับการคัดกรองด้วยการตรวจหาแอนติบอดี (Antibody test) ซึ่งรวมถึงผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (People who inject drugs, PWID) และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (People living with HIV, PLHIV)

๒. สำหรับกลุ่มประชากรทั่วไป ในพื้นที่ที่ค่าความชุกของแอนติบอดีที่จำเพาะต่อไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มประชากรมีค่า $\geq 2\%$ หรือ $\geq 5\%$ เพื่อตรวจหาแอนติบอดีได้ ตลอดจนได้รับการแนะนำให้ตรวจหาแอนติบอดี

๓. บุคคลใดก็ตามที่ผลตรวจพบแอนติบอดี ควรได้รับการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Viral load test หรือที่รู้จักกันในนามของการตรวจหา HCV RNA) เพื่อยืนยันว่ามีการติดเชื้อแบบเรื้อรังหรือไม่

๔. ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจหาจีโนไทป์ (Genotype testing) ของไวรัสตับอักเสบบี ก่อนที่จะได้รับการรักษาด้วยการเลือกสูตรยา DAA ชนิด “ครอบคลุมทุกสายพันธุ์” (Pan - genotypic)

เมื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง โดยการตรวจหา Antibody หากตรวจพบผลลบ (Negative) ควรได้รับการแนะนำป้องกันโรคและตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซ้ำทุก ๑ ปี ในกรณีที่ตรวจพบผลบวก (Positive) ให้ตรวจยืนยันด้วย X - pert หรือ HCV core Ag หรือ HCV RNA viral load หากได้ผลบวกแสดงว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง และมีการตรวจประเมินผู้ป่วยเพื่อส่งต่อหรือเข้าสู่ระบบการรักษา

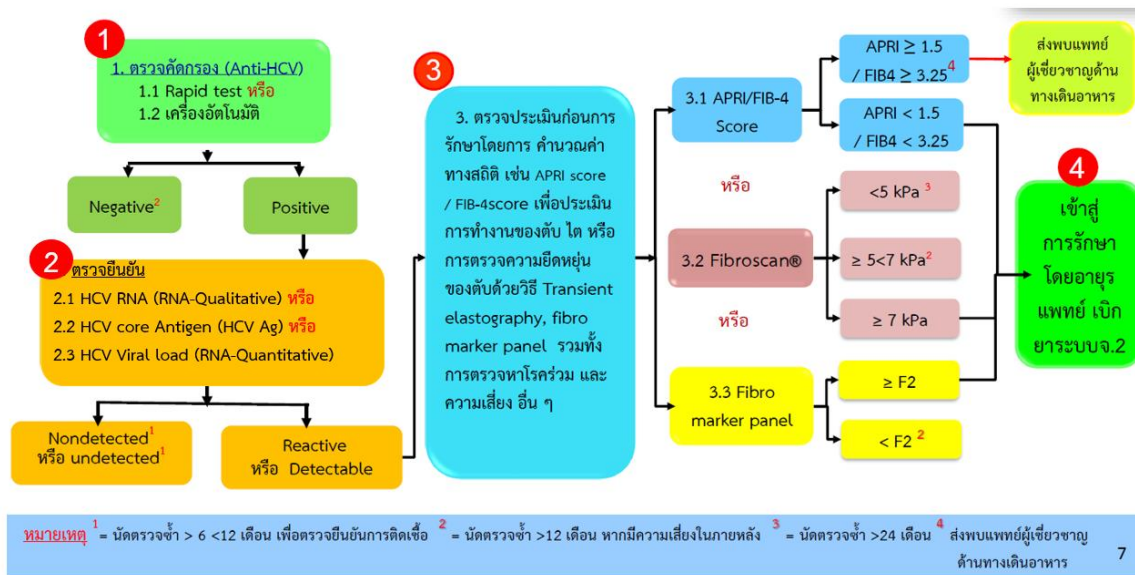
๒.๒ การรักษา เป้าหมายของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อกำจัดไวรัสออกจากร่างกาย ลดความเสียหายของตับ ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไปสู่คนอื่น ๆ

ปัจจุบันมีการพัฒนายา Direct Acting Antiviral (DAA) ซึ่งออกฤทธิ์โดยการขัดขวางการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสและสามารถให้ได้โดยวิธีรับประทาน ได้แก่ NS5A inhibitor ได้แก่ Daclatasvir และ NS5B inhibitor ได้แก่ Sofosbuvir ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการ replication และการสร้างไวรัสใหม่ การใช้ร่วมกันนั้นให้ประสิทธิภาพการรักษาที่ดี (SVRเพิ่มขึ้น) กำจัดเชื้อไวรัสได้ทุกสายพันธุ์ ออกฤทธิ์เสริมกับสูตร PR หรือสามารถใช้ร่วมกันได้โดยไม่ต้องใช้ Peg interferon alpha โดยใช้เวลาการรักษาสั้นลงและมีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง

ก่อนที่จะเริ่มการรักษา แพทย์จะมีการประเมินผู้ป่วยในระยะก่อนการรักษาในระหว่างการรักษา และระยะหกเดือนหลังการรักษา โดยจะติดตามคุณภาพตับของผู้ป่วยพร้อมกับจำนวนของไวรัสในร่างกาย ผู้ป่วยต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของการรักษา เช่น อาจจำเป็นต้องหยุดพักงาน เจ็บหน้าอกทางสุขภาพอื่น ๆ ที่ต้องจัดการรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา

สรุปแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง

ขั้นตอนการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี กรณียาสูตร Pan-Genotypic



ที่มา : สปสช. (๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๓)

๒.๓ ระบบส่งต่อผู้ป่วย

ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการตรวจจนทราบสถานการณการติดเชื้อของตนเอง แต่ก็อาจไม่ได้รับการรักษาทั้งที่ยาที่ใช้ในการรักษาได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ และเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาอยู่แล้ว ดังนั้นจึงต้องพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้

๑. สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทางการแพทย์ถึงสภาพปัญหาและผลกระทบของโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และความจำเป็นของการรักษาผู้ป่วย

๒. พัฒนาระบบบริการให้เชื่อมโยงการตรวจคัดกรอง การดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ เช่น ระบบทะเบียนแบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการรักษา และระบบบริการให้คำปรึกษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

๓. มีระบบข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาในสถานพยาบาลที่บุคคลนั้น ๆ มีสิทธิการรักษาพยาบาลอยู่ โดยสามารถตรวจสอบได้ว่าบุคคลที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาตามสถานพยาบาลนั้น ๆ หรือไม่

๓.มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ หมายถึง การดำเนินงานโดยนำหลัก ๔ P มาขับเคลื่อนและพัฒนา ระบบการตรวจคัดกรอง การรักษา และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำของโรคไวรัสตับอักเสบบี ประกอบด้วย

Policy: สอดคล้องตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค เช่น โครงการ “ราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีด้วยหัวใจ” บูรณาการร่วมกับโครงการ “คืนคนสุขภาพดี สู้สังคม” โครงการ ๓ หมอ (หมอคคนที่ ๑: อสรจ/อสม. หมอคคนที่ ๒: สถานพยาบาลในเรือนจำ/รพสต. หมอคคนที่ ๓ โรงพยาบาลแม่ข่าย) โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

Practical measurement: มีความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติที่เห็นผลได้ เช่น พัฒนาระบบคัดกรองผู้ต้องขังรายใหม่/กลุ่มเสี่ยง ระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง การจัดระบบบริการส่งต่อ (ข้อมูล/ผู้ป่วย) เข้าสู่ระบบการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี แนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อซ้ำของโรคไวรัสตับอักเสบซี

Partnership: การมีส่วนร่วมของหน่วยงาน ภาคส่วนต่าง ๆ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนและพัฒนาการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบซีในพื้นที่

People: วิเคราะห์ปัญหาและพัฒนามาตรการดำเนินงานที่ความเหมาะสม ครอบคลุมกับกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ พิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของบุคคลและครอบครัว นำไปสู่ประชาชนสุขภาพดี

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
๑. การจัดตั้งโครงสร้างการดำเนินงานไวรัสตับอักเสบซีระดับจังหวัด	๑. การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการและการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบซีในกลุ่มเสี่ยง	๑. แนวทางการดำเนินงานและการวางแผนกิจกรรมดำเนินการแก้ไขปัญหาของจังหวัด ๒. รายงานผลการดำเนินการทุกไตรมาส	๑. มีคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานไวรัสตับอักเสบซีจังหวัด/อำเภอ/ตำบล ๒. มีกิจกรรมการดำเนินงานตรวจคัดกรองภายใต้ ๑) โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ๒) โครงการราชทัณฑ์ปันสุขทำความดีด้วยหัวใจ ๓) โครงการคนไทยทุกคนรอบครัว มีหมอบประจำตัว ๓ คน (โครงการ ๓ หมอ) ๓. มีการจัดตั้งคลินิกโรคทางเดินอาหารและตับ หรือมีการจัดระบบส่งต่อวินิจฉัย รักษาไวรัสตับอักเสบซี และตรวจติดตามอาการตามแนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบซี ประเทศไทย
๒. การตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบซี	๑. คัดกรองไวรัสตับอักเสบซีในเรือนจำ	๑. ดำเนินการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีในผู้ต้องขังรายใหม่ ๒. รายงานผลการคัดกรองทุกไตรมาส	การคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีในผู้ต้องขังรายใหม่ ร้อยละ ๑๐๐
	๒. คัดกรองไวรัสตับอักเสบซีในกลุ่มเสี่ยง	๑. ดำเนินการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีในกลุ่มเสี่ยง	การคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๗๐

		๒.รายงานผลการคัดกรองทุกไตรมาส	
	๓. ดำเนินการวินิจฉัยรักษา ส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีด/ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ที่มีผลตรวจคัดกรองผลเลือดบวก (Reactive) เข้าสู่ระบบการตรวจยืนยันและรักษาไวรัสตับอักเสบบี และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ	๑.การพัฒนาและขับเคลื่อนระบบการส่งต่อให้เชื่อมโยงระบบคัดกรอง ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ๒.รายงานผลการวินิจฉัย รักษา ส่งต่อ ทุกไตรมาส	การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีด/ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ที่มีผลตรวจคัดกรองผลเลือดบวก (Reactive) เข้าสู่ระบบการตรวจยืนยันและรักษาไวรัสตับอักเสบบี และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ร้อยละ ๖๐
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
๑. การตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี	๑. คัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในเรือนจำ	ดำเนินการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขังรายใหม่	การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขังรายใหม่ ร้อยละ ๑๐๐
	๒. คัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง	ดำเนินการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง	การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๗๐
	๓. ดำเนินการวินิจฉัยรักษา ส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีด/ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ที่มีผลตรวจคัดกรองผลเลือดบวก (Reactive) เข้าสู่ระบบการตรวจยืนยันและรักษาไวรัสตับอักเสบบี และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ	แนวทางการขับเคลื่อนระบบการส่งต่อให้เชื่อมโยงระบบคัดกรอง ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ	การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีด/ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ที่มีผลตรวจคัดกรองผลเลือดบวก (Reactive) เข้าสู่ระบบการตรวจยืนยันและรักษาไวรัสตับอักเสบบี และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ร้อยละ ๖๐

หมายเหตุ : ตัวหาร คือ

๑. ผู้ต้องขัง คือ จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ทั้งหมด โดยไม่นับรวมผู้ต้องขังที่ใกล้พ้นโทษ ปล่อยตัว ในระยะ ๖ เดือน หรือไม่สมัครใจตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี

๒. กลุ่มเสี่ยง คือ จำนวนกลุ่มเสี่ยงตามค่าคาดประมาณ กองโรคเอดส์ฯ (กลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ชายรักชาย พนักงานบริการทางเพศ ผู้ที่มีประวัติใช้เข็มฉีดยาเสพติด หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น พนักงานเก็บขยะ ผู้มีอายุ ๓๕-๖๙ ปี(เฉพาะจังหวัดเพชรบูรณ์) โดยไม่นับรวมผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่มีภูมิคุ้มกันนอกเขตสุขภาพที่ ๒)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. ร้อยละของผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี = $(A/B) \times 100$

A หมายถึง จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี หรือ จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี

B หมายถึง จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด หรือ จำนวนกลุ่มเสี่ยงตามค่าคาดประมาณ

Small success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ประเมินผลสำเร็จ ๑. จังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง ๒. จัดโครงสร้างการดำเนินงานไวรัสตับอักเสบบีระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ๓. จัดระบบบริการ ตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี		ประเมินผลสำเร็จ ๑. ผลการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในเรือนจำ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๗๐ ๓. ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีพบผลบวกเข้าสู่กระบวนการรักษาและป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (เฉพาะ กลุ่ม HIV PWID ผู้ต้องขัง) ร้อยละ ๖๐	
หมายเหตุ: ๑. กลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่ต้องดำเนินการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี มี ๕ กลุ่ม ประกอบด้วย ๑. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ๒. ผู้ที่มีประวัติใช้เข็มฉีดยาเสพติด หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ๓. ผู้ต้องขัง(รายใหม่) หรือผู้เคยมีประวัติต้องขัง ๔. ชายรักชาย และพนักงานบริการทางเพศ ๕. พนักงานเก็บขยะ ๖. กลุ่มอายุ ๓๕-๖๙ ปี (เฉพาะจังหวัดเพชรบูรณ์) ๒. จังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการในกลุ่มที่ ๑-๖ ๓. จังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย และตาก ดำเนินการในกลุ่มที่ ๑-๕			

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail	ประเด็นที่รับผิดชอบ
ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก	๐๘-๘๑๕๘๔๐๙-๙ niramon.pimnumyen @gmail.com	ระดับความสำเร็จ ของการดำเนินงาน โรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยง
นางสาวกาญจนา มากะนิตย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก	๐๙๕-๖๔๐๔๑๖๒ makanat.dpclplk @gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวกาญจนา มากะนิตย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก	๐๙๕-๖๔๐๔๑๖๒ makanat.dpclplk @gmail.com	ระดับความสำเร็จ ของการดำเนินงาน โรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยง
นายธนเสฏฐ์ หิรัญบัณติตย์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก	๐๘๗-๓๒๑๓๑๔๒ birdthanaset@gmail.com	ระดับความสำเร็จ ของการดำเนินงาน โรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง :

๑. นิยามกลุ่มเสี่ยงไวรัสตับอักเสบบี และค่าคาดประมาณของประชากรกลุ่มเป้าหมาย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
๒. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ระดับประเทศ
๓. แนวทาง หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การจ่ายชดเชยค่าบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นพ.รัฐพล เจริญมิชานนท์ ผู้ช่วยเลขาธิการสสช. วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๓

แบบแจ้งประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area Based)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

หน่วยงาน : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก

๑. ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area Based)

ไวรัสตับอักเสบซี

๒. ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี (เทียบเป้าหมายต่อปีหรือผลงานเขตสุขภาพอื่นๆ)

การดำเนินการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี การตรวจยืนยันรักษาไวรัสตับอักเสบซี และป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ในกลุ่มเสี่ยง ผู้ต้องขัง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และกลุ่มเสี่ยงอายุ ๓๕-๖๙ ปี ดังนี้

๑) ผู้ต้องขัง: ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๒ มีจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด ๑๘,๓๐๓ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔) ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี จำนวน ๑๘,๓๐๓ ราย ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองร้อยละ ๑๐๐ พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ๕๐๒ ราย อัตราการตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ร้อยละ ๒.๗ ตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีในกลุ่มผู้ต้องขัง เขตสุขภาพที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

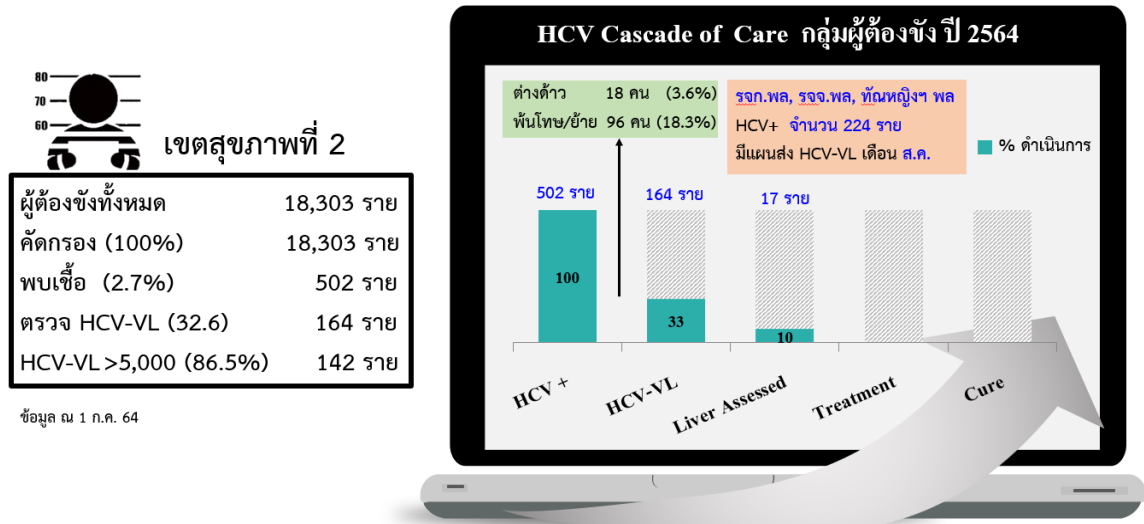
ลำดับ	เรือนจำ	ผู้ต้องขัง (ราย)	ตรวจ คัดกรอง(ราย)	ร้อยละ คัดกรอง	Positive	
					จำนวน (ราย)	ร้อยละ
๑	เรือนจำอำเภอหล่มสัก	๑,๑๖๓	๑,๑๖๓	๑๐๐	๑๐๓	๘.๙
๒	เรือนจำอำเภอแม่สอด	๙๐๗	๙๐๗	๑๐๐	๓๖	๔.๐
๓	เรือนจำจังหวัดเพชรบูรณ์	๑,๘๕๐	๑,๘๕๐	๑๐๐	๗๒	๓.๙
๔	เรือนจำจังหวัดพิษณุโลก	๓,๒๒๖	๓,๒๒๖	๑๐๐	๑๑๑	๓.๔
๕	เรือนจำกลางตาก	๑,๔๓๘	๑,๔๓๘	๑๐๐	๓๗	๒.๖
๖	เรือนจำกลางพิษณุโลก	๕,๓๔๓	๕,๓๔๓	๑๐๐	๑๐๙	๒.๐
๗	เรือนจำจังหวัดอุตรดิตถ์	๑,๘๗๘	๑,๘๗๘	๑๐๐	๒๖	๑.๔
๘	ทัณฑสถานหญิงพิษณุโลก	๖๘๖	๖๘๖	๑๐๐	๔	๐.๖
๙	เรือนจำจังหวัดสุโขทัย	๑,๐๖๔	๑,๐๖๔	๑๐๐	๓	๐.๓
๑๐	เรือนจำอำเภอสวรรคโลก	๗๔๘	๗๔๘	๑๐๐	๑	๐.๑
	รวม เขตสุขภาพที่ ๒	๑๘,๓๐๓	๑๘,๓๐๓	๑๐๐	๕๐๒	๒.๗
	รวม ประเทศ	๒๙๑,๕๑๐	๔๐,๗๓๓	๑๓.๙	๗๖๐	๑.๙

ข้อมูล ณ ๒ กค. ๒๕๖๔

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๒ ดำเนินงานในการดูแลรักษาหลังจากการคัดกรองพบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี โดยเรือนจำ ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ดำเนินการส่งต่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเข้าสู่ระบบวินิจฉัยและรักษา จำนวน ๑๖๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๓ ส่งตรวจยืนยันรักษาไวรัสตับอักเสบซี (HCV Viral Load) จำนวน ๑๖๔ ราย ผลการตรวจ HCV Viral Load \geq ๕๐๐๐ IU/ml จำนวน ๑๔๒ ราย ส่งตรวจประเมินตับ (APRI Score) จำนวน ๑๗ ราย โดยพบว่าสาเหตุที่ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัส

ตับอักเสบซี ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษา จำนวน ๑๑๔ ราย เนื่องจากพันโทษ ปล่อยตัว ดังภาพที่ ๑

ภาพที่ ๑ ผลการส่งต่อผู้ต้องขังที่มีผลติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษา



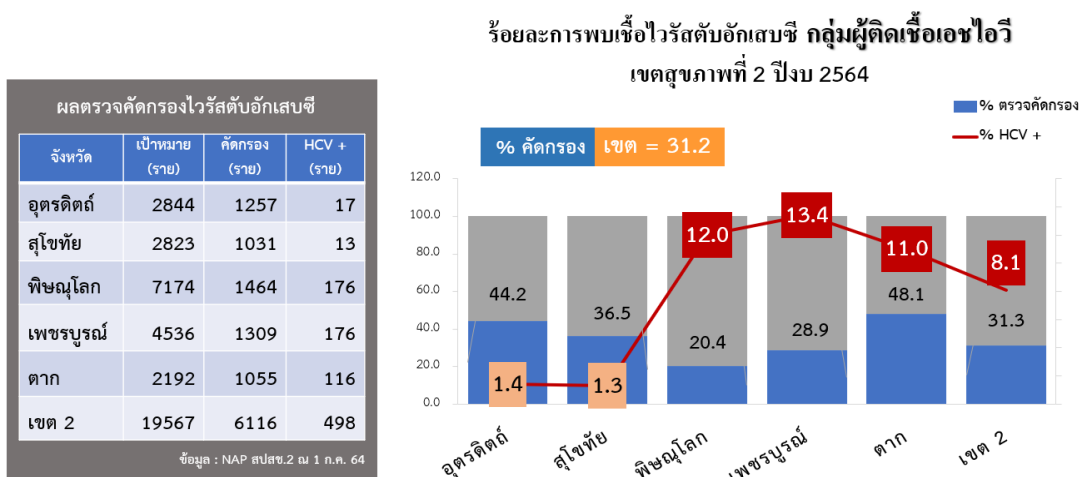
๒) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี: ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๒ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด ๑๙,๕๖๗ ราย ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี จำนวน ๖,๑๑๖ ราย อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรอง ร้อยละ ๓๓.๓ พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ๔๙๘ ราย อัตราการตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ร้อยละ ๘.๑ ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเขตสุขภาพที่ ๒ ปี๒๕๖๔

ลำดับ	จังหวัด	เป้าหมาย (ราย)	คัดกรอง (ราย)	ร้อยละ คัดกรอง	Positive	
					จำนวน	ร้อยละ
๑	อุตรดิตถ์	๒,๘๔๔	๑,๒๕๗	๔๔.๒	๑๗	๑.๔
๒	สุโขทัย	๒,๘๒๓	๑,๐๓๑	๓๖.๕	๑๓	๑.๓
๓	พิษณุโลก	๗,๑๗๔	๑,๔๖๔	๒๐.๔	๑๗๖	๑๒.๐
๔	เพชรบูรณ์	๔,๕๓๖	๑,๓๐๙	๒๘.๙	๑๗๖	๑๓.๔
๕	ตาก	๒,๑๙๒	๑,๐๕๕	๔๘.๑	๑๑๖	๑๑.๐
เขตสุขภาพที่ ๒		๑๙,๕๖๗	๖,๑๑๖	๓๑.๓	๔๙๘	๘.๑

จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี มากที่สุด ๓ ลำดับแรก คือ จังหวัดตาก อุตรดิตถ์ และสุโขทัย คัดกรองร้อยละ ๔๘.๑ ๔๔.๒ และ ๓๖.๕ ตามลำดับ อัตราการตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สูงสุด ๓ ลำดับแรกคือ จังหวัดเพชรบูรณ์ พิษณุโลก และตาก ร้อยละการตรวจพบเชื้อ ๑๓.๔ ๑๒.๐ และ ๑๑.๐ ตามลำดับ ดังภาพที่ ๒

ภาพที่ ๒ ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เขตสุขภาพที่ ๒



จังหวัด	เป้าหมาย (ราย)	คัดกรอง (ราย)	HCV + (ราย)
อุดรดิตถ์	2844	1257	17
สุโขทัย	2823	1031	13
พิษณุโลก	7174	1464	176
เพชรบูรณ์	4536	1309	176
ตาก	2192	1055	116
เขต 2	19567	6116	498

ข้อมูล : NAP สปสช.2 ณ 1 ก.ค. 64

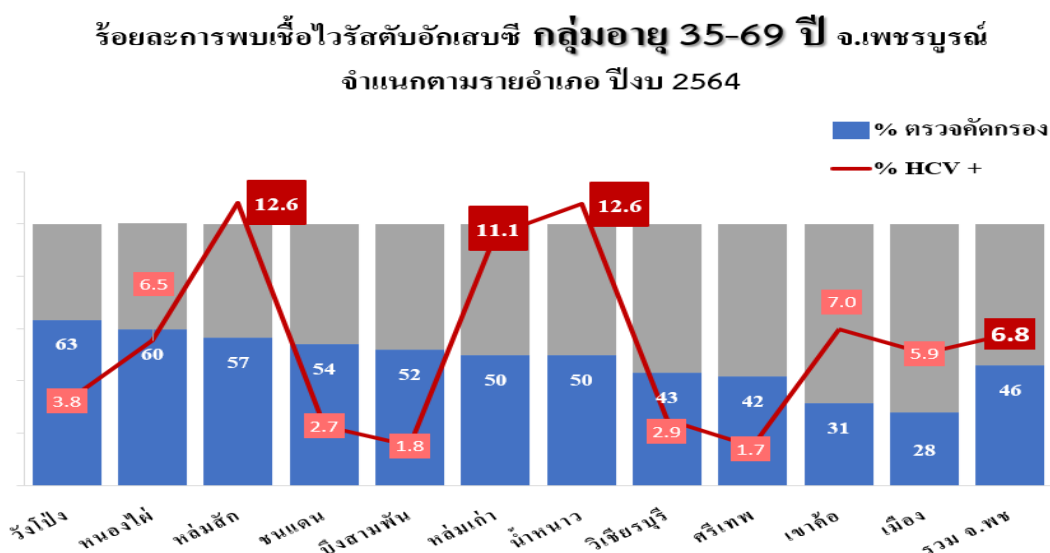
๓) กลุ่มเสี่ยงอื่น: ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๒ โดยจังหวัดเพชรบูรณ์ดำเนินการวิจัยคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงอายุ ๓๕-๖๙ ปี โดยประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดเพชรบูรณ์มีจำนวนทั้งหมด ๓๒๕,๑๘๙ ราย ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี จำนวน ๑๔๙,๔๒๘ ราย อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรอง ร้อยละ ๔๖ พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ๑๐,๑๐๓ ราย อัตราการตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ๖.๘ ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มอายุ ๓๕-๖๙ ปี จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย (ราย)	คัดกรอง (ราย)	ร้อยละ การคัดกรอง	Positive	
					จำนวน	ร้อยละ
๑	วังโป่ง	๑๑,๒๐๗	๗,๑๐๔	๖๓.๔	๒๖๘	๓.๘
๒	หนองไผ่	๓๓,๗๔๕	๒๐,๑๗๕	๕๙.๘	๑,๓๐๖	๖.๕
๓	หล่มสัก	๕๕,๖๖๙	๓๑,๔๘๓	๕๖.๖	๓,๙๗๖	๑๒.๖
๔	ชนแดน	๒๑,๙๒๙	๑๑,๘๘๐	๕๔.๒	๓๑๖	๒.๗
๕	บึงสามพัน	๒๐,๐๒๔	๑๐,๔๐๑	๕๑.๙	๑๘๔	๑.๘
๖	น้ำหนาว	๖,๐๑๔	๒,๙๘๘	๔๙.๗	๓๗๕	๑๒.๖
๗	วิเชียรบุรี	๔๔,๒๒๖	๑๙,๐๔๖	๔๓.๑	๕๕๗	๒.๙
๘	ศรีเทพ	๒๑,๑๖๕	๘,๘๓๓	๔๑.๗	๑๕๒	๑.๗
๙	เขาค้อ	๑๑,๔๐๓	๓,๕๘๑	๓๑.๔	๒๕๐	๗.๐
๑๐	หล่มเก่า	๒๗,๕๘๐	๑๓,๗๒๒	๔๙.๘	๑,๕๓๐	๑๑.๑
๑๑	เพชรบูรณ์	๗๒,๒๒๗	๒๐,๒๑๕	๒๘.๐	๑,๑๘๙	๕.๙
จังหวัดเพชรบูรณ์		๓๒๕,๑๘๙	๑๔๙,๔๒๘	๔๖.๐	๑๐,๑๐๓	๖.๘

จังหวัดเพชรบูรณ์มี ๑๑ อำเภอ โดยพบว่าอำเภอที่มีผลการดำเนินงานคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยงอายุ ๓๕-๖๙ ปี มากที่สุด ๓ ลำดับแรกคือ วังโป่ง หนองไผ่ และหล่มสัก คัดกรองร้อยละ ๖๓.๔ ๕๙.๘ และ ๕๖.๖ ตามลำดับ อัตราการตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สูงสุด ๓ ลำดับแรก คือ หล่มสัก น้ำหนาว และหล่มเก่า ร้อยละการตรวจพบเชื้อ ๑๒.๖ ๑๒.๖ และ ๑๑.๑ ตามลำดับ ดังภาพที่ ๓

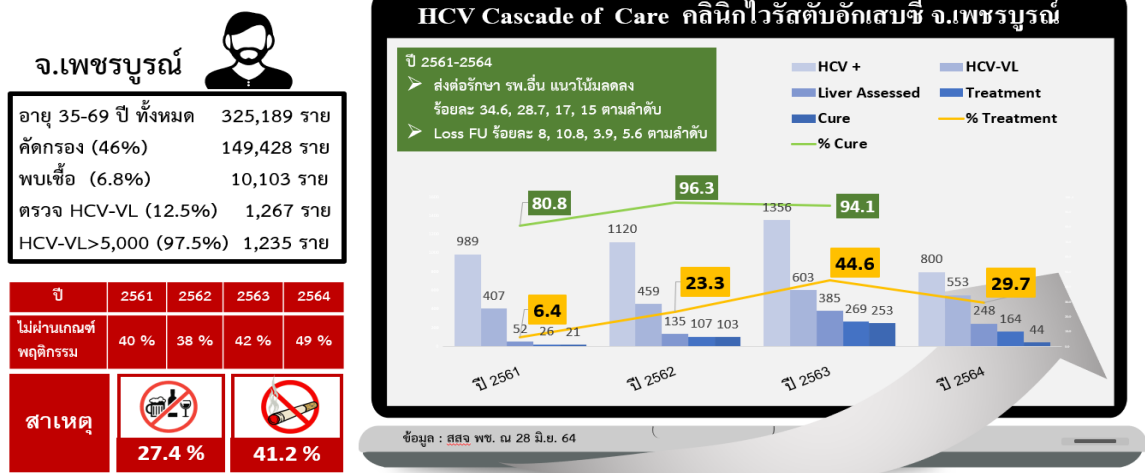
ภาพที่ ๓ ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยงอายุ ๓๕-๖๙ ปี จังหวัดเพชรบูรณ์



ปี ๒๕๖๔ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเข้าสู่ระบบวินิจฉัยและรักษา โดยการส่งตรวจยืนยันรักษาไวรัสตับอักเสบบี (HCV Viral Load) จำนวน ๑,๒๖๗ ราย ผลการตรวจ HCV Viral Load \geq ๕๐๐๐ IU/ml จำนวน ๑,๒๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๕

ผลการดำเนินงานคลินิกไวรัสตับอักเสบบี คลินิกไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเข้ารับบริการวินิจฉัยและรักษา จำนวน ๘๐๐ ราย ส่งตรวจยืนยันรักษาไวรัสตับอักเสบบี (HCV Viral Load) จำนวน ๕๕๓ ราย ส่งตรวจประเมินตับ (APRI Score) จำนวน ๒๔๘ ราย ได้รับยา จำนวน ๑๖๔ ราย รักษาหาย ๔๔ ราย โดยพบว่าสาเหตุที่ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่สามารถเข้าสู่เกณฑ์รักษารับยาได้จากพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๒๗.๔ และพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ ๔๑.๒ ดังภาพที่ ๔

ภาพที่ ๔ ผลการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงอายุ ๓๕-๖๙ ปี ที่มีผลติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษา จังหวัดเพชรบูรณ์



๔) กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด: ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๒ มีจังหวัดตาก โดยอำเภอแม่ระมาดและท่าสองยางซึ่งเป็นพื้นที่ติดชายแดนไทย-เมียนมา ดำเนินการคัดกรองในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดจำนวน ๕๐๖ ราย ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี จำนวน ๔๗๗ ราย อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรอง ร้อยละ ๙๔.๒ พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ๓๕๗ ราย อัตราการตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ๗๔.๘ ดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดจังหวัดตาก ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔

ลำดับ	หน่วยบริการ	ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (ราย)	คัดกรอง (ราย)	ร้อยละการคัดกรอง	Positive	
					จำนวน(ราย)	ร้อยละ
๑	แม่ระมาด	๓๒๖	๓๒๕	๙๙.๖	๒๐๗	๖๓.๖
๒	ท่าสองยาง	๑๘๐	๑๕๒	๘๔.๔	๑๕๐	๙๘.๖
	รวม	๕๐๖	๔๗๗	๙๔.๒	๓๕๗	๗๔.๘

ข้อมูล ณ ๒ ก.ค. ๒๕๖๔

๕) กลุ่มพนักงานเก็บขยะ: ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๒ โดยจังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการคัดกรองในกลุ่มพนักงานเก็บขยะ ๔ ราย ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี จำนวน ๔๗๗ ราย อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรอง ร้อยละ ๙๔.๒ พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ๓๕๗ ราย อัตราการตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ร้อยละ ๗๔.๘ ดังตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในกลุ่มพนักงานเก็บขยะ เขตสุขภาพที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

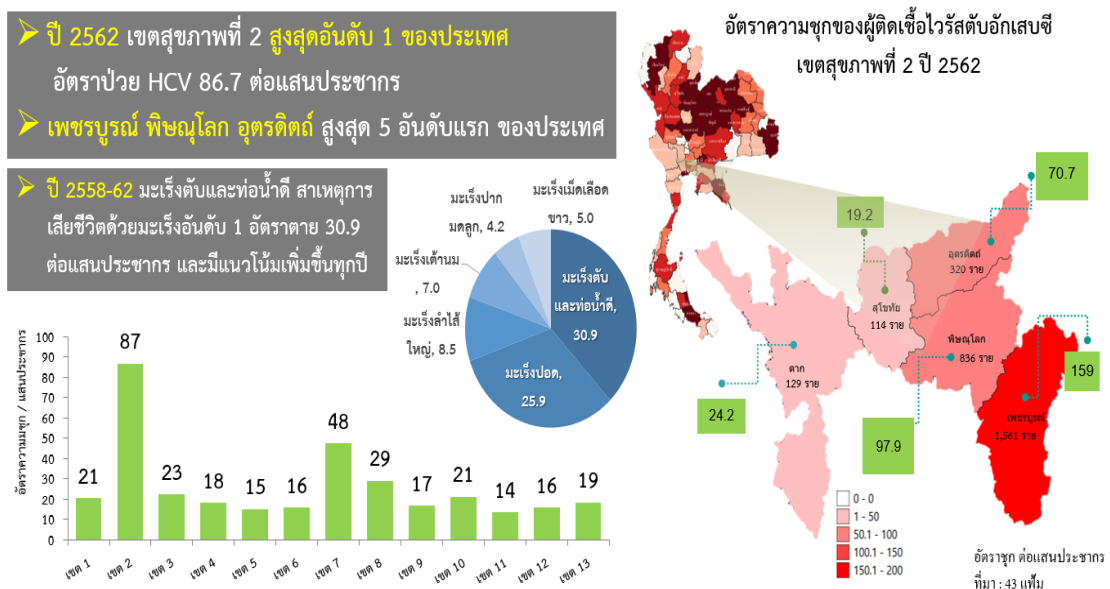
ลำดับ	จังหวัด	ตรวจคัดกรอง (ราย)	HCV Positive (ราย)	% HCV Positive
๑	อุตรดิตถ์	๔๘๕	๓	๐.๖
๒	พิษณุโลก	๓๕๗	๓	๐.๘
	รวม	๘๓๒	๖	๐.๗

ข้อมูล ณ ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๔

๓. เหตุผล / ความสำคัญ

สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบซี เขตสุขภาพที่ ๒ ปี ๒๕๖๒ พบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ๒,๙๖๐ ราย อัตราความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ๘๖.๗ ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีสูงสุดคือ เพชรบูรณ์ ๑๕๙.๐๔ รองลงมาคือ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก สุโขทัย อัตราความชุก ๙๗.๙ ๗๐.๗ ๒๔.๒ ๑๙.๒ ตามลำดับ (ข้อมูล HDC ณ ๑ ธ.ค. ๒๕๖๓) จากการดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีในผู้ต้องขัง เขตสุขภาพที่ ๒ ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๔๘๐๒ ราย พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ๘๗ ราย อัตราการตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ร้อยละ ๑.๘ เรือนจำที่มีอัตราการตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบซีสูงสุดคือ เรือนจำอำเภอล่มสัก ร้อยละ ๙.๔ รองลงมาคือ เรือนจำอำเภอสอด ร้อยละ ๖.๕ และเรือนจำกลางพิษณุโลก ร้อยละ ๓.๑ ดังภาพที่ ๕

ภาพที่ ๕ สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบซี เขตสุขภาพที่ ๒ ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒



จากข้อมูลการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย จำแนกตามเพศและสาเหตุ ปี ๒๕๕๗ พบว่า โรคมะเร็งตับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ ๖ ในเพศชาย และลำดับที่ ๘ ในเพศหญิง ซึ่งร้อยละ ๘๐ เกิดจากไวรัสตับอักเสบบ และร้อยละ ๒๐ เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ยา หรือสารเคมี สถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งของประชากรในเขตสุขภาพที่ ๒ ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ พบว่า การเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบมากเป็นอันดับ ๑ รองลงมา คือ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ๓๐.๙ และ ๘.๕ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔) เป็นสาเหตุลำดับที่ ๑ ของการเสียชีวิตของประชากรในเขตสุขภาพที่ ๒ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ ๒ ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒

ชนิดของโรคมะเร็ง	ปี พ.ศ.				
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
มะเร็งตับและท่อน้ำดี	๒๖.๙๗	๒๘.๐๖	๒๙.๖๙	๒๙.๑๗	๓๐.๘๗
มะเร็งปอด	๒๓.๒๕	๒๓.๗	๒๔.๓๕	๒๕.๙	๒๕.๙๑
มะเร็งลำไส้ใหญ่	๕.๓๖	๖.๐๗	๖.๒๑	๖.๙	๘.๕๓
มะเร็งเต้านม	๕.๖๕	๕.๖๖	๖.๒๗	๗.๑๑	๖.๙๙
มะเร็งปากมดลูก	๓.๕๔	๓.๖๖	๔.๑๕	๔.๒๓	๔.๑๘
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	๔.๒๓	๔.๐๗	๓.๖๓	๔.๓๕	๕.๐๒

หมายเหตุ: อัตราต่อแสนประชากร

เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อกำจัดไวรัสตับอักเสบบี ภายในปี ๒๕๗๓ ตาม (ร่าง)แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ.๒๕๖๕-๒๕๖๙ เพื่อการลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ โดยมีเป้าหมายระดับมาตรการที่สำคัญคือ ๑) ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการตรวจคัดกรองวินิจฉัยมากกว่า ร้อยละ ๙๐

๒) ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซึ่งวินิจฉัยแล้ว ได้รับการรักษามากกว่า ร้อยละ ๘๐

ปัจจุบันการดำเนินงานไวรัสตับอักเสบบี เขตสุขภาพที่ ๒ ได้ดำเนินการเร่งรัดตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ายังดำเนินการคัดกรองได้น้อย และไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ทำให้มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจำนวนมากที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (PWID), กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM), กลุ่มผู้ต้องขัง และโดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลพบว่า หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมด้วย จะทำให้เกิดโอกาสเป็นตับแข็ง ตับวาย และมะเร็งตับ มากกว่าคนปกติถึง ๕-๑๖ เท่า และถึงแม้ผู้ติดเชื้อบางส่วนจะได้รับการตรวจจนทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง แต่ก็อาจไม่ได้รับการรักษาทั้งที่ยาที่ใช้ในการรักษาได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ และเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาอยู่แล้วปัญหาสำคัญ คือ การขาดความเชื่อมโยงระหว่างการตรวจคัดกรอง และการวินิจฉัยรักษา และข้อบ่งชี้ยาที่กำหนดไว้ตามบัญชียาหลักแห่งชาติมีความจำเพาะสูง ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม และต้องมีผู้เชี่ยวชาญในการประเมินผู้ป่วยก่อนรับการรักษา แต่ผู้เชี่ยวชาญยังคง

มีจำนวนไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยในปัจจุบัน นอกจากนี้ ถึงแม้ยาที่จำเป็นบางชนิดจะอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาแล้ว แต่ยาชนิดใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพดีและผลข้างเคียงต่ำกว่ายาเดิมยังคงมีราคาแพง ผู้ป่วยจึงยังไม่สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้

๔. วิธีการดำเนินงานที่ผ่านมา / ปัญหาและอุปสรรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย และเรือนจำ ร่วมกันดำเนินงานไวรัสตับอักเสบซี ดังนี้

๑) จัดประชุมแนวทางการดำเนินงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเรือนจำเขตสุขภาพที่ ๒ ถ่ายทอด นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน วิเคราะห์ช่องว่าง (Gaps Analysis) ของการจัดระบบบริการ และจัดทำแผนปฏิบัติการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในกลุ่มผู้ต้องขัง โดยบูรณาการผ่านโครงการราชทัณฑ์ปันสุข

๒) ประสานการดำเนินงานคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในผู้ต้องขัง ระหว่างกองโรคเอดส์ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลและเรือนจำในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนทรัพยากร และจัดส่งอุปกรณ์ ชุดตรวจไวรัสตับอักเสบซี

๓) สนับสนุนดำเนินการจัดบริการคัดกรองฯ ร่วมกับ กองโรคเอดส์ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลและเรือนจำในพื้นที่ โดยบูรณาการตรวจคัดกรองรวม ๓ โรค คือ เอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบซี

๔) ประสาน สนับสนุนการดำเนินงานคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกองโรคเอดส์ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนทรัพยากร และจัดส่งอุปกรณ์ ชุดตรวจ ไวรัสตับอักเสบซี ในวันรณรงค์ตับอักเสบโลก

ช่องว่างการดำเนินงานที่สำคัญ คือ ๑) การตรวจคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยง ยังดำเนินการได้น้อย ๒) ชุดสิทธิประโยชน์การคัดกรอง ยังไม่ครอบคลุม ในทุกกลุ่มประชากรเสี่ยง ๓) แนวทางการวินิจฉัยรักษา ที่ยังมีข้อจำกัด ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทุกระดับ ๔) คลินิกบริการวินิจฉัยรักษาโรคตับ และผู้รับผิดชอบงานโรคตับ ยังไม่มีความครอบคลุมทุกจังหวัด ๕) ไม่มีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่จะนำ ใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานและวางแผนการยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ

๕. แนวทาง แผนการดำเนินงานในอนาคต

ขับเคลื่อนการดำเนินงานไวรัสตับอักเสบซีผ่านกลไกระดับเขต โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์ไวรัสตับอักเสบซี ระดับเขตสุขภาพที่ ๒ ระยะ ๕ ปี ดังนี้

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรค ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี
มาตรการที่ ๑ สื่อสารความเสี่ยง พัฒนาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี
มาตรการที่ ๒ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ และอุปกรณ์ป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบซี

กลยุทธ์ที่ ๒ ส่งเสริมการตรวจคัดกรอง และเร่งรัดวินิจฉัย ดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบซี

มาตรการที่ ๑ ส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ด้วยชุด rapid test หรือ เครื่องตรวจอัตโนมัติ

มาตรการที่ ๒ พัฒนาและขับเคลื่อนบริการวินิจฉัยรักษา เชื่อมโยงระบบบริการคัดกรองวินิจฉัย ดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบซี

กลยุทธ์ที่ ๓ สร้างและพัฒนาโครงสร้างระบบงาน/เครือข่าย และทรัพยากร

มาตรการที่ ๑ จัดตั้งโครงสร้างระบบงานและเครือข่าย ระดับเขต จังหวัด

มาตรการที่ ๒ จัดตั้งคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารและตับ

มาตรการที่ ๓ จัดระบบห้องปฏิบัติการรองรับการวินิจฉัย รักษา ติดตามประเมินผลผู้ติดเชื้อ

HCV

กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามข้อมูลผลการดำเนินงานไวรัสตับอักเสบซี

มาตรการที่ ๑ ส่งเสริมการเฝ้าระวังและติดตามโรคจากระบบรายงาน ๕๐๖ และ ๔๓ เพิ่ม

มาตรการที่ ๒ สร้างฐานข้อมูลติดตามการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย ดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบซี

๖. แนวทางในการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม

๑.) บูรณาการดำเนินงานร่วมกับงานโรคไม่ติดต่อ เช่น คลินิกเลิกเหล้า บุหรี่ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา

๒.) พัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีเชิงรุกในชุมชน ดำเนินการโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง บูรณาการ งานโครงการ ๓ หมอ, โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล)

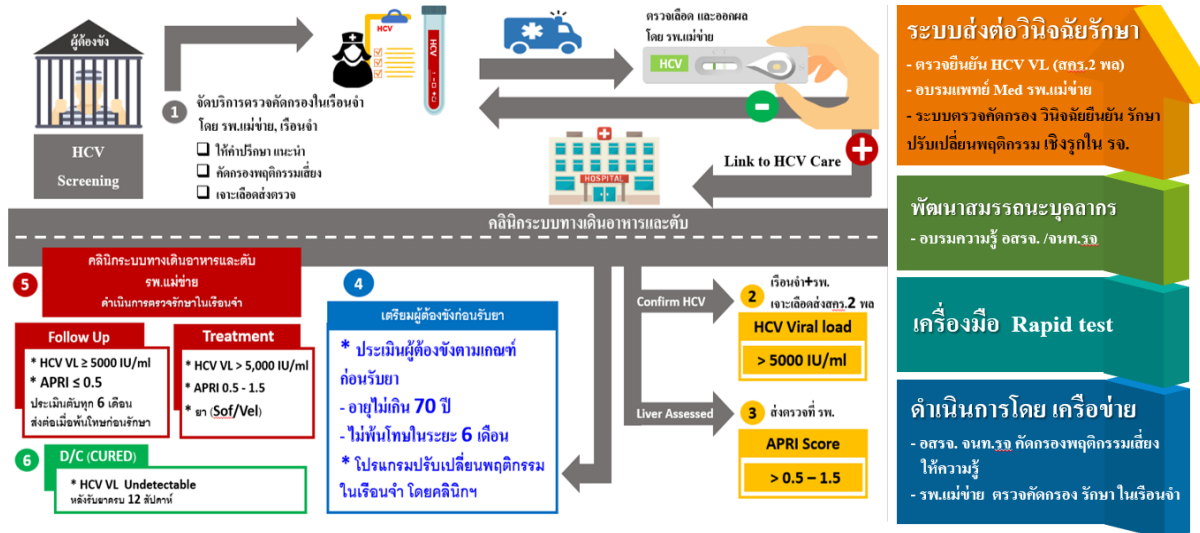
๓.) พัฒนาระบบคัดกรองผู้ต้องขังรายใหม่/กลุ่มเสี่ยง ระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง การจัดระบบบริการส่งต่อ (ข้อมูล/ผู้ป่วย) เข้าสู่ระบบการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี แนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อซ้ำของโรคไวรัสตับอักเสบซี

๗. ประเด็นนวัตกรรมสุขภาพ (Innovation Healthcare Management)

๑. การดำเนินงานตรวจคัดกรอง และส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี เข้าสู่ระบบวินิจฉัยรักษา ในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ ๒

๑.๑) จัดทำแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีขับเคลื่อนการดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในผู้ต้องขัง โดยบูรณาการโครงการ “ราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีด้วยหัวใจ” บูรณาการร่วมกับโครงการ “คืนคนสุขภาพดี สู่อสังคัม”

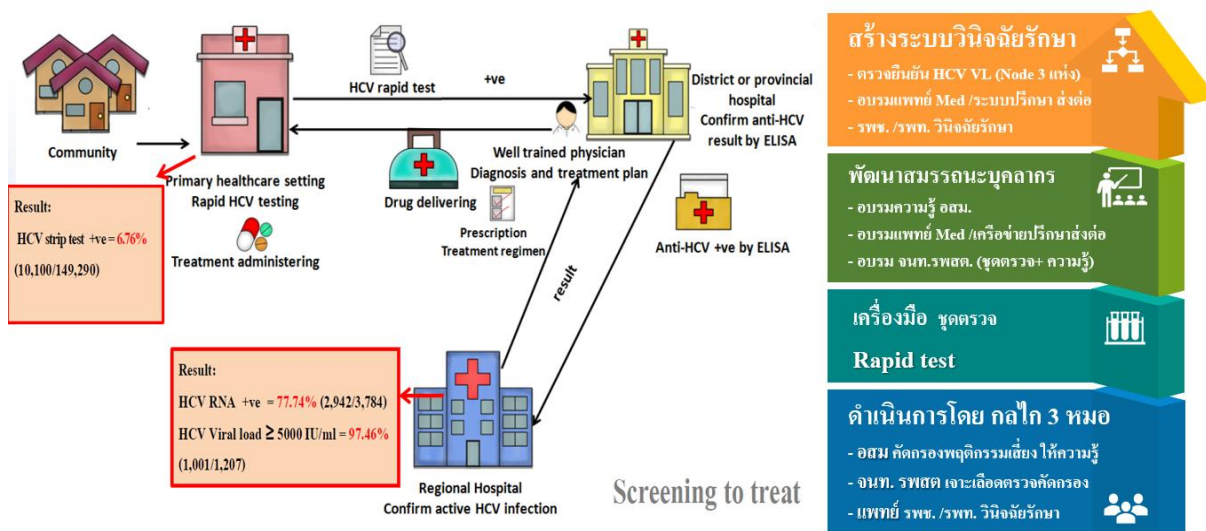
๑.๒) จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ในเรือนจำ เข้าสู่ระบบวินิจฉัยรักษา โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย ดำเนินการให้ยารักษาไวรัสตับอักเสบซี ในผู้ต้องขังที่เข้าเกณฑ์รักษา ทุกราย และจัดระบบส่งต่อติดตาม ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ที่ย้ายเรือนจำ พันโทฯ ให้เข้าสู่การรักษา



๒. การดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี และส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี เข้าสู่ระบบวินิจฉัยรักษา เชิงรุกในชุมชน เขตสุขภาพที่ ๒

๒.๑) พัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีเชิงรุกในชุมชน ดำเนินการโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, เพิ่มการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ในประชาชนที่ตรวจสุขภาพ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ตรวจประจำปี

๒.๑) จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ในชุมชน เข้าสู่ระบบการวินิจฉัยรักษา และป้องกันการติดเชื้อซ้ำ โดยบูรณาการโครงการคนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว ๓ คน (โครงการ ๓ หมอ)



ลงชื่อ ผู้ให้ข้อมูล

(นางสาวกาญจนา มากะนิตย์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สคร.๒ พิษณุโลก

เขตสุขภาพที่ ๓

หมวด	Area Base		
ประเด็น	อายุคาดเฉลี่ยของประชาชนเขตสุขภาพที่ ๓		
ระดับการวัดผล	เขตสุขภาพ/จังหวัด		
เป้าหมาย	ภายในปี ๒๕๖๕ อายุคาดเฉลี่ยของประชาชนเขตสุขภาพที่ ๓ เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๕ ปี		
ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอายุคาดเฉลี่ยเขตสุขภาพที่ ๓ ปี ๒๕๖๔ อัตราตายจากโรคและภัยสุขภาพ ๓ อันดับรายจังหวัด ลดลงร้อยละ ๕ จากปี ๒๕๖๓ ปี ๒๕๖๕ อัตราตายจากโรคและภัยสุขภาพ ๓ อันดับรายจังหวัด ลดลงร้อยละ ๕ จากปี ๒๕๖๔		
คำนิยาม	<p>๑. อายุคาดเฉลี่ย (LE หรือ Life Expectancy) หมายถึง การคาดประมาณจำนวนปีโดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากร</p> <p>๒. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) หมายถึง อายุที่คาดว่าประชากรแรกเกิดจะมีอายุอีกกี่ปีก่อนเสียชีวิต</p> <p>๓. ประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๓ หมายถึง จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๓ (นครสวรรค์ ชัยนาท พิจิตร กำแพงเพชร และอุทัยธานี) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย</p> <p>๓. โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา หมายถึง อัตราตายจากโรคและภัยสุขภาพ ๓ อันดับแรกของจังหวัด</p> <p>๔. ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง องค์ประกอบด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ สังคม หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดโรคและภัยสุขภาพ</p> <p>๕. ตารางชีพสำเร็จรูป คือ ตารางสถิติที่สร้างขึ้นเพื่อใช้คำนวณการมีชีวิตรอดอยู่เมื่ออายุต่างๆ ของประชากรกลุ่มหนึ่ง โดยสมมติสุดท้ายของตารางชีพบอก “อายุคาดเฉลี่ย” จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล</p>		
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อเพิ่มความยืนยาวของชีวิตที่คาดหวังว่าจะมีชีวิตอยู่</p> <p>๒. เพื่อลดอัตราตายจากโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาของเขตสุขภาพและจังหวัด</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย ภายในปี ๒๕๖๕ อายุคาดเฉลี่ยของประชาชนเขตสุขภาพที่ ๓ เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๕ ปี			
ปี	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เป้าหมายอายุคาดเฉลี่ย
๒๕๖๓	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอายุคาดเฉลี่ยเขตสุขภาพที่ ๓	๕ ขั้นตอน	ดำเนินการปีแรก
๒๕๖๔	อัตราตายจากโรคและภัยสุขภาพ ๓ อันดับรายจังหวัด ลดลง	ร้อยละ ๕ จากปี ๒๕๖๓	เพิ่มขึ้น ๐.๒๕
๒๕๖๕	อัตราตายจากโรคและภัยสุขภาพ ๓ อันดับรายจังหวัด ลดลง	ร้อยละ ๕ จากปี ๒๕๖๔	เพิ่มขึ้น ๐.๒๕
เกณฑ์การให้คะแนน ปี ๒๕๖๕ : กำหนดเป็นขั้นตอนแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละขั้นตอน			
ขั้นตอนที่	รายละเอียด	เอกสารหลักฐาน	คะแนน
๑.	มีการประชุมทบทวนสถานการณ์นำข้อมูล LE จากการตรวจราชการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เพื่อนำไปจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่เลือกในปี ๒๕๖๕ อย่างน้อย ๒ ประเด็น และหรือ อำเภอที่มี LE ต่ำ อย่างน้อย ๒ อำเภอ	- รายงานประชุม หรือ แผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหา ปี ๒๕๖๕	๑

๒.	วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา/สาเหตุ โรคและภัยสุขภาพ และระบุแผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ที่จะดำเนินการ จากข้อมูล LE ปี ๒๕๖๔	รายงานผลการวิเคราะห์ ข้อมูลปัญหา/สาเหตุ โรคและภัยสุขภาพ และแผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงานที่จะใช้แก้ปัญหา	๑
๓.	จังหวัดนำเสนอความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี best practice (ถ้ามี) พร้อมระบุ ปัญหาอุปสรรค ในการตรวจราชการรอบที่ ๑ ศูนย์วิชาการ/หน่วยงานที่รับผิดชอบโรคที่เป็นปัญหาร่วมกำหนด มาตรการ	PPT นำเสนอ พร้อมระบุ ๑. ข้อมูล LE ๒๕๖๔ ๓. ผลการดำเนินงาน ๔. ปัญหา อุปสรรค ๕. ข้อเสนอแนะ	๑
๔.	ศูนย์วิชาการ/หน่วยงานที่รับผิดชอบโรคที่เป็นปัญหาเยี่ยม เสริมพลัง ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ	แนวทาง/มาตรการ/ ข้อเสนอแนะ ที่ใช้ในการ ดำเนินการแก้ปัญหา	๑
๕.	๕.๑ สรุปรายงานผลการดำเนินการแก้ไขปัญหา สาเหตุการ เสียชีวิตจากโรคและภัยสุขภาพ นำเสนอในการตรวจ ราชการรอบที่ ๒	๑. สรุปรายงานการ ดำเนินการแก้ไขปัญหา สาเหตุการเสียชีวิตจากโรค และภัยสุขภาพ นำเสนอใน การตรวจราชการรอบที่ ๒ ๒. PPT นำเสนอ	๐.๕
	๕.๒ หน่วยงานมีผลการดำเนินงานบรรลุเกณฑ์เป้าหมาย อายุคาดเฉลี่ยของประชาชนเขตสุขภาพที่ ๓ ปี ๒๕๖๕ ที่ เพิ่มขึ้น	ให้คะแนนตามค่าเป้าหมาย อายุคาดเฉลี่ยของประชาชน เขตสุขภาพที่ ๓ ปี ๒๕๖๔ ที่เพิ่มขึ้น หมายเหตุ : คิดคะแนนอายุ คาดเฉลี่ย ณ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๔	๐.๕

คะแนน	๐.๒	๐.๔	๐.๖	๐.๘	๑
ค่า เป้าหมาย	น้อย กว่า เท่ากับ ๐.๐๕	>๐.๐๕- ๐.๑๐	>๐.๑๐- ๐.๑๕	>๐.๑๕- ๐.๒๐	>๐.๒๐

สูตรคำนวณ อายุคาดเฉลี่ย

Age	n	nPx	nDx	nMx	nax	nqx	lx	ndx	nLx	nTx	ex
<1	1				0.1						
1-4	4				0.4						
5-9	5				0.5						
10-14	5				0.5						
15-19	5				0.5						
20-24	5				0.5						
25-29	5				0.5						
30-34	5				0.5						
35-39	5				0.5						
40-44	5				0.5						
45-49	5				0.5						
50-54	5				0.5						
55-59	5				0.5						
60-64	5				0.5						
65-69	5				0.5						
70-74	5				0.5						
75-79	5				0.5						
80-84	5				0.5						
>85											

$$\text{สูตรคำนวณ } ex = \frac{nTx}{lx}$$

ex = อายุคาดเฉลี่ย
nTx = จำนวนปี-คนที่มีชีวิตอยู่ตั้งแต่อายุนั้นจนกระทั่งเสียชีวิต

lx = จำนวนคนที่มีชีวิตอยู่เมื่อเริ่มต้นอายุนั้น ๆ
 - ตารางชีพสำเร็จรูป
 ใช้ข้อมูล ๒ ส่วนในตารางชีพสำเร็จรูป ดังนี้
 nPx = จำนวนประชากรกลางปี ณ ปีที่คำนวณ จำแนกตามกลุ่มอายุ (ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม)
 nDx = จำนวนประชากรที่เสียชีวิตในปีที่คำนวณ จำแนกตามกลุ่มอายุ
 *กำหนดช่วงอายุใน Colum Age ให้ตัดที่ ๘๕ ปีขึ้นไป

ข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	Base Line								
	๒๕๖๒			๒๕๖๓			๒๕๖๔		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๓	๗๖.๕๐	๗๒.๙๗	๘๐.๑๔	๗๗.๒๑	๗๓.๔๕	๘๑.๐๙			

ที่มา : ข้อมูลจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓

ค่าเป้าหมายอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด ปี พ.ศ.๒๕๖๕

จังหวัด/ปี พ.ศ.	๒๕๖๕		
	รวม	ชาย	หญิง
เขตสุขภาพที่ ๓	๗๘.๑๓	๗๔.๘๑	๘๑.๕๕
นครสวรรค์	๗๘.๘๕	๗๕.๖๖	๘๒.๑๒
กำแพงเพชร	๗๘.๐๑	๗๔.๕๓	๘๑.๗๔
พิจิตร	๗๗.๖๕	๗๔.๕๒	๘๐.๘๖
อุทัยธานี	๗๘.๓๒	๗๔.๗๕	๘๒.๐๕
ชัยนาท	๗๗.๑๒	๗๓.๗๕	๘๐.๕๔

วิธีการจัดเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลจากเอกสารหลักฐานจากการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน

วิธีการและระยะเวลาประเมินผล

- ประเมินผลจากความครบถ้วนของเอกสารหลักฐานในแต่ละขั้นตอน
- ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง เมื่อสิ้นไตรมาส ๔ วันที่ ๓๐ กันยายน

แหล่งข้อมูล

- จำนวนประชากรกลางปี ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม จำแนกตามกลุ่มอายุ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
- จำนวนประชากรที่เสียชีวิตตามระบบฐานข้อมูลเกิด-ตาย จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามรหัส ๑๐๓ กลุ่มโรค ในปีที่คำนวณ ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม

ผู้รับผิดชอบ ผู้รับผิดชอบกำกับติดตาม

	<p>๑. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ โทรศัพย์ที่ทำงาน ๐ ๕๖๒๒ ๑๘๒๒ โทรศัพย์มือถือ ๐๘๕-๐๕๑-๕๔๔๕ โทรสาร ๐ ๕๖๒๒ ๖๖๒๐ e-mail : dr.tum@hotmail.com</p> <p>ผู้รับผิดชอบรายงานข้อมูล</p> <p>๑. นายศักดิ์ดา ทองดีเพ็ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ โทรศัพย์ที่ทำงาน ๐ ๕๖๒๒ ๑๘๒๒ โทรศัพย์มือถือ ๐๘๑-๗๘๖-๑๐๐๐ โทรสาร ๐ ๕๖๒๒ ๖๖๒๐ e-mail : naiphoo๑๕@yahoo.com</p> <p>๒. นางสาวพนิดา ประทุมวัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ โทรศัพย์ที่ทำงาน ๐ ๕๖๒๒ ๑๘๒๒ โทรศัพย์มือถือ ๐๘๐-๙๒๑-๘๐๓๕๘ โทรสาร ๐ ๕๖๒๒ ๖๖๒๐ e-mail : padam.panida@gmail.com</p> <p>๓. นายปิยะวัฒน์ หนูกลัด นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ โทรศัพย์ที่ทำงาน ๐ ๕๖๒๒ ๑๘๒๒ โทรศัพย์มือถือ ๐๘๖-๙๐๔-๘๓๘๖ โทรสาร ๐ ๕๖๒๒ ๖๖๒๐ e-mail : bestmidday@gmail.com</p>
--	---

เขตสุขภาพที่ ๕

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area Based)

หัวข้อ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ) อัตราการตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง

คำนิยาม

ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงทางสมองที่มี GCS \leq ๘ และเสียชีวิต

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
< ๓๐%	ระบบ Fast track TBI	ตรวจสอบระบบ Fast track	อัตราการตายลดลงตามตัวชี้วัด
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
< ๓๐%	พัฒนาระบบ Audit Trauma	ตรวจสอบระบบการ Audit	ปัญหาที่เป็นอุปสรรคได้รับการแก้ไข

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
< ๓๐%	ลดลงจากเดิม ๓%	ลดลงจากเดิม ๓%	ลดลงจากเดิม ๓%

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง (ตัวชี้วัดกรมการแพทย์)

๑. อัตราการตายของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๒. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มี PS Score > ๐.๕

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ).....(จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บรุนแรงทางสมองที่มี GCS แกร็บ \leq ๘/จำนวนผู้บาดเจ็บรุนแรงทางสมองที่มี GCS แกร็บ \leq ๘ ในช่วงเวลาเดียวกัน) \times ๑๐๐

รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บรุนแรงทางสมองที่มี GCS แกร็บ \leq ๘

B = จำนวนผู้บาดเจ็บรุนแรงทางสมองที่มี GCS แกร็บ \leq ๘ ในช่วงเวลาเดียวกัน

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวจินตนันท์ สิทธิประธารราษฎร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โทร. ๐๖๓-๙๑๐๘๔๔๔ Jjin2517@gmail.com	TBI

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์พลภัทร สุทธิสฤระ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โทร ๐๘๑๓๔๑๗๑๙๓ pollashot@hotmail.com	TBI

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก. กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area Based)

หัวข้อ การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหาร
พื้นที่สภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน

คำนิยาม

การบริหารพื้นที่สภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารพื้นที่สภาพผู้ป่วยระยะ
กลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่
และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึง
ชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพล
ภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็น
โรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

***ผู้ป่วย Intermediate care** หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord
Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน
Barthel index >15 with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริหารพื้นที่สภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน
(IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการ
ฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวม
ชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1

Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการ
ฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)

การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คน
พิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ
สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ
ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ
รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

หมายเหตุ

1. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้ง
การสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา
2. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับ
ความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
----------	----------------------------------	----------------------	-------------------

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
เพิ่มการ refer back IMC bed/ward	พัฒนาระบบและจัดทำแนวทางการ refer back ผู้ป่วย IMC ในระดับจังหวัด	การนำเสนอและลงพื้นที่ติดตามระบบ refer back	ผู้ป่วย IMC ทั้ง ๔ กลุ่มโรคที่ BI < ๑๕ ได้รับการ refer back มากกว่า ๒๐%
ระบบส่งต่อและติดตามผู้ป่วยจนครบ ๖ เดือน	ทบทวนและพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามผู้ป่วย IMC ในระดับจังหวัด	การนำเสนอและลงพื้นที่ติดตามระบบส่งต่อและติดตามผู้ป่วย	มีระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
ระบบการให้บริการผู้ป่วยในชุมชน	พัฒนาระบบการให้บริการ IMC ในระดับชุมชนและการเยี่ยมบ้าน	การนำเสนอและลงพื้นที่ติดตามการให้บริการ IMC ในชุมชน	มีพื้นที่ต้นแบบที่ดีของระบบบริการ IMC ในชุมชน
การเรียกเก็บค่าบริการ IMC อย่างครบถ้วนเหมาะสม	พัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการ IMC อย่างครบถ้วนในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเน้น ontop refer back และค่าบริการ IMC เพิ่มขึ้น	การนำเสนอและติดตามผลการเรียกเก็บค่าบริการ IMC	มีการเรียกเก็บค่าบริการ IMC ที่ครบถ้วนสอดคล้องกับความเป็นจริง

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
มีระบบ refer back ที่ชัดเจน โดยจัดทำเป็น CPG refer back ผู้ป่วย IMC ๔ กลุ่มโรค	มีระบบส่งต่อและติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน โดยมีระบบข้อมูลผู้ประสานงาน และ care manager ในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ	มีระบบการให้บริการ IMC ในระดับชุมชน โดยจัดตั้งศูนย์หรือระบบการเยี่ยมบ้าน และมีพื้นที่ต้นแบบที่ดีในระดับจังหวัด	ผู้ป่วย IMC ได้รับการ refer back อย่างเหมาะสมและได้รับการต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน โดยทุกโรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการได้อย่างครบถ้วน

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง (ตัวชี้วัดกรมการแพทย์)

๑. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ).....(A/B) × ๑๐๐.....

รายการข้อมูล

A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 ที่ได้รับการบริหารสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 ตามเกณฑ์การบริหารสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20

หมายเหตุ: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: คณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) เขต
สุขภาพที่ ๔

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	Tel:- Mobile:081-9230536 e-mail : Peed.pr@gmail.com	Area base (IMC)
นายศุภศิลป์ จำปานาค	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	Tel:036-343500 ต่อ 8660 Mobile:086-7024649 e-mail :sjampanak@gmail.com	Area base (IMC)

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสุภาภรณ์ เทพพานิช	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	Tel:036-343500 ต่อ 8660 Mobile:092-2672688 e-mail :supaporntepanich@gmail.com	Area base (IMC)
นางสาวพิมพ์นิภา เสนกระจ่าย	นักกายภาพบำบัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	Tel:036-343500 ต่อ 8660 Mobile:099-4162449 e-mail :pimnipa.ptsbh@gmail.com	Area base (IMC)

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

แนวทางการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565

(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 1 สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ Area based

ตัวชี้วัด ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด ไม่เกิน 9

คำนิยาม

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทยที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ ก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ไม่ว่าจะกรณีใดๆ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้นรอบ 1			
- ลดการคลอดก่อนกำหนด	1. เพิ่มการเข้าถึงบริการฝากครรภ์เร็ว (Early ANC)	ค้นหาเชิงรุกในชุมชน และโรงงาน - QR Code ลงทะเบียนออนไลน์ ผ่าน 3 หมอ, จป. HR โรงงาน - ประสานพยาบาลโรงงาน ส่งหญิงตั้งครรภ์มารับบริการที่ โรงพยาบาล	1. Early ANC เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 20 (ยกเว้น จ.สิงห์บุรี และ อ่างทอง)
	2. วัดความยาวของปากมดลูก (Cervical Length)	- GA 15-25 wks ได้รับการวัดความยาวของปากมดลูก (CL) ทุกกลุ่มอายุ	2. คลอดก่อนกำหนดไม่เกิน ร้อยละ 9
	3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ได้รับฮอร์โมน Progesterone	- หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ได้รับฮอร์โมน Progesterone ตาม Guideline	
	4. สร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	1. พัฒนาทักษะ HL การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ให้กับพยาบาล ANC (Model HL Preterm) 2. สร้างทักษะ HL Preterm ให้กับหญิงตั้งครรภ์ โดยพยาบาล ANC และ จนท.ศอ.4 สระบุรี	
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้นรอบ 2			
- ลดการคลอดก่อนกำหนด	1. วัดความยาวของปากมดลูก (Cervical Length)	- GA 15-25 wks ได้รับการวัดความยาวปากมดลูก (CL) ทุกกลุ่มอายุ	1. Early ANC มากกว่า ร้อยละ 75
	2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ได้รับฮอร์โมน Progesterone	- หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ได้รับฮอร์โมน Progesterone ตาม Guideline	2. คลอดก่อนกำหนดไม่เกิน ร้อยละ 9
	3. สร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	1. นิเทศติดตาม/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน 2. ประเมินผล และขยายพื้นที่ดำเนินงาน	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>1. Early ANC เพิ่มขึ้น จากเดิม ร้อยละ 5 (เฉพาะ จังหวัดที่มีผลงานต่ำกว่าเกณฑ์)</p> <p>2. ประชุมสร้างความเข้าใจ กระบวนการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดให้กับพยาบาลคลินิกฝากครรภ์ ทุกแห่ง</p> <p>3. พัฒนาทักษะความรู้ ในการป้องกันการคลอดก่อน กำหนดให้กับพยาบาลคลินิก ฝากครรภ์ทุกแห่ง</p> <p>4. หญิงตั้งครรภ์ GA 15-25 wks ได้รับการวัดความยาวปากมดลูก (CL) ทุกกลุ่มอายุ</p> <p>5. หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติ คลอดก่อนกำหนด ได้รับ ฮอร์โมน Progesterone ตาม Guideline</p>	<p>1. Early ANC เพิ่มขึ้น จากเดิม ร้อยละ 10 (เฉพาะ จังหวัดที่มีผลงานต่ำกว่าเกณฑ์)</p> <p>2. สร้างทักษะความรู้ ในการป้องกันการคลอดก่อน กำหนดให้กับหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. หญิงตั้งครรภ์ GA 15-25 wks ได้รับการวัดความยาวปากมดลูก (CL) ทุกกลุ่มอายุ</p> <p>4. หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติ คลอดก่อนกำหนด ได้รับ ฮอร์โมน Progesterone ตาม Guideline</p> <p>5. ติดตามผลการวิเคราะห์ ข้อมูล (รอบ 6 เดือน)</p> <p>1) RCA Spontaneous Preterm</p> <p>2) Late ANC</p> <p>3) หญิงตั้งครรภ์ Early ANC ที่ไม่ได้รับการวัด CL</p> <p>4) หญิงตั้งครรภ์มีประวัติ Previous Preterm ที่ไม่ได้รับ Hormone</p> <p>6. เยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ โดยทีม ศอ.4 สบ.ร่วมกับ รพ.แม่ข่าย และ สสจ.</p>	<p>1. Early ANC เพิ่มขึ้น จากเดิม ร้อยละ 15 (เฉพาะ จังหวัดที่มีผลงานต่ำกว่าเกณฑ์)</p> <p>2. หญิงตั้งครรภ์ GA 15-25 wks ได้รับการวัดความยาวปากมดลูก (CL) ทุกกลุ่มอายุ</p> <p>3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติ คลอดก่อนกำหนด ได้รับ ฮอร์โมน Progesterone ตาม Guideline</p> <p>4. รายงานผลการวิเคราะห์ ข้อมูล (รอบ 9 เดือน)</p> <p>1) RCA Spontaneous Preterm</p> <p>2) Late ANC</p> <p>3) หญิงตั้งครรภ์ Early ANC ที่ไม่ได้รับการวัด CL</p> <p>4) หญิงตั้งครรภ์มีประวัติ Previous Preterm ที่ไม่ได้รับ Hormone</p> <p>5. อัตราการคลอดกำหนด ไม่เกิน ร้อยละ 9.5</p> <p>6. Early ANC มากกว่า ร้อยละ 60</p>	<p>1. Early ANC มากกว่า ร้อยละ 75</p> <p>2. อัตราการคลอด ก่อนกำหนด ไม่เกิน ร้อยละ 9</p> <p>3. สรุปรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>1) RCA Spontaneous Preterm</p> <p>2) Late ANC</p> <p>3) หญิงตั้งครรภ์ Early ANC ที่ไม่ได้รับการวัด CL</p> <p>4) หญิงตั้งครรภ์ มีประวัติ Previous Preterm ที่ไม่ได้รับ Hormone</p>

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7
2. อัตราการขาดออกซิเจนทารกแรกเกิด ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงประมาณ)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทุกสิทธิ์การรักษาพยาบาล ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม
รายการข้อมูล 1 A =	จำนวนหญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทยที่คลอดบุตรในช่วงอายุครรภ์ 24 ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน (GA 24-36 wks 6 day)
รายการข้อมูล 2 B =	จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่คลอดบุตรทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ศูนย์อนามัยที่ ๔ กรมอนามัย

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์	ประเด็นที่รับผิดชอบ
พญ.ไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ	ผอ.ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	084-8117744	ขับเคลื่อนการดำเนินงาน
พญ.หทัยรัตน์ อัจฉิมาพันธ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ/ รพ.พระนารายณ์มหาราช	086-8127037	กำกับติดตาม
นพ.ธานินทร์ โตจีน	นายแพทย์เชี่ยวชาญ/ รพ.อินทร์บุรี	081-8523423	Guideline การดำเนินงาน
พญ.เยาวเรศ กิตตินเรศวร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ/ รพ.อ่างทอง	089-9019379	Guideline การดำเนินงาน
น.ส.สุพัตรา ธรรมวงษ์	นวก.สธ.ชำนาญการพิเศษ/ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	091-8847070	ประมวลผลการดำเนินงาน
นายไพบุลย์ ไวกยี่	เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชำนาญงาน/ สสจ. พระนครศรีอยุธยา	081-8534057	ประมวลและจัดทำข้อมูล

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์	ประเด็นที่รับผิดชอบ
น.ส.สุพัตรา ธรรมวงษ์	นวก.สธ.ชำนาญการพิเศษ/ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	091-8847070	กำกับติดตาม
น.ส.ธนพร โพชสาลี	นวก.สธ.ปฏิบัติการ/ ศูนย์ อนามัยที่ 4 สระบุรี	061-4522966	ประมวลผลงานดำเนินงาน
น.ส. พรพิมล วิริยพัฒนานุกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน/ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4	082-7187938	ประสานงาน

เขตสุขภาพที่ ๕

ประเด็นการขับเคลื่อน area based และ นวัตกรรมสุขภาพ ปี 2565

เขตสุขภาพที่ 5

ประเด็น area based

1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 เป็นการยกระดับ ปรับปรุงศักยภาพของระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ระดับจังหวัด ไปจนถึงระดับตำบล นั่นคือ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ไปจนถึงระดับรพ.สต. เพื่อให้สามารถจัดการกับโควิด 19 ในระยะต่อไปได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีคุณภาพ
2. การพัฒนาระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และแผนพัฒนาจังหวัด เป็นการปรับกระบวนการทำงาน และแนวคิดการทำงาน เพื่อนำไปสู่แนวคิด health in all policies และแนวคิดที่จะให้สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายของการพัฒนาจังหวัด ซึ่งจะทำให้หน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัดมีส่วนร่วมในยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาจังหวัดต่อไป
3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพประชากรข้ามชาติ (อาจจะใช้สำหรับบางจังหวัดที่มีแรงงานต่างชาติเป็นจำนวนมาก) เป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุขสำหรับประชากรข้ามชาติให้มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น รูปแบบการให้บริการสุขภาพ (ในสถานพยาบาล ในสถานประกอบการ ในชุมชน) การพัฒนาศักยภาพคน (เจ้าหน้าที่ อสต. ล่าม) การพัฒนากลไกการทำงาน ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระบบการเงินการคลัง เป็นต้น

ประเด็นนวัตกรรมสุขภาพ

1. การพัฒนาโรงพยาบาลตำบล (Tambon Hospital)- เป็นการยกระดับบริการปฐมภูมิ ให้มีศักยภาพมากขึ้น โดยยึดนโยบาย 3 หมอ ระบบบริการปฐมภูมิ และการนำเทคโนโลยี มาประยุกต์ใช้ในการระบบการทำงานปฏิบัติงาน ซึ่งในปี ๒๕๖๕ จะเป็นการขยายผลจากต้นแบบ ไปสู่การพัฒนาในระดับเขต
2. การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ เป็นการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้แลกเปลี่ยนและเชื่อมโยง การให้บริการสุขภาพประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อให้ประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๕ ได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้สะดวกขึ้น (ตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่) และพัฒนาต่อยอดบริการอื่น ๆ ต่อไป รวมถึงการนำแนวคิดการทำ data analytics ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบข้อมูล

ร่าง

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๓: Area Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพประชากรข้ามชาติ

ตัวชี้วัด: จังหวัดมีระบบบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรข้ามชาติที่สอดคล้องกับบริบท

คำนิยาม

จังหวัดมีระบบบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรข้ามชาติที่สอดคล้องกับบริบท หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติ ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ ที่เอื้อให้ประชากรข้ามชาติเข้าถึงบริการสุขภาพครอบคลุมการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทั้งคนไทยและคนข้ามชาติ โดยมีองค์ประกอบ ๖ ด้าน ได้แก่ ๑) มีการสนับสนุนทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่เหมาะสม ๒) มีการพัฒนาระบบข้อมูลประชากรข้ามชาติที่สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๓) มีกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรเอกชนและภาคประชาชนที่มีความเป็นเอกภาพ ๔) มีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติดังกล่าวอย่างเป็นระบบ ๕) มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และการบริการสุขภาพที่เหมาะสม และ ๖) เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

มีการสนับสนุนทรัพยากร (คน เงิน วัสดุอุปกรณ์) ที่เหมาะสม หมายถึง จังหวัดมีการสนับสนุนทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน รวมถึงการปรับโครงสร้างการทำงาน การบริหารจัดการ มีแผนและกิจกรรมที่มีความสอดคล้อง เพียงพอ ทันเวลา และเหมาะสมกับการดำเนินงาน

มีการพัฒนาระบบข้อมูลประชากรข้ามชาติที่สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง จังหวัดมีฐานข้อมูลประชากรข้ามชาติ ทั้งกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนแรงงานและไม่ขึ้นทะเบียนที่สะท้อนสถานการณ์ที่เป็นจริงมากที่สุด สามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวางแผน กำกับติดตาม ประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

มีกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรเอกชนและภาคประชาชนที่มีความเป็นเอกภาพ หมายถึง จังหวัดมีคณะทำงาน/ทีมงาน ทั้งในระดับพื้นที่และระดับจังหวัด ที่สามารถเชื่อมประสาน ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และภาคประชาชน โดยคณะทำงาน/ทีมงานอาจจะตั้งขึ้นใหม่หรือภายใต้คณะทำงานอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิม ซึ่งคณะทำงาน/ทีมงาน ควรประกอบด้วยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้แทนจากองค์กรสุขภาพ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรด้านแรงงาน สถานประกอบการ/ผู้ประกอบการ แรงงานข้ามชาติ ผู้นำชุมชน อสม. และ สสต. เป็นต้น

มีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) อย่างเป็นระบบ หมายถึง จังหวัดมีการพัฒนา อสต. เพื่อเป็นกลไกสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรข้ามชาติอย่างต่อเนื่อง โดยมีหลักสูตรการพัฒนา อสต. ที่หลากหลายและที่เหมาะสมกับการทำงานและสถานการณ์ของพื้นที่ มีทีมวิทยากร มีทีมพี่เลี้ยง ทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ มีฐานข้อมูลของ อสต. ทั้งจังหวัด ที่รวบรวมจากการพัฒนาขึ้นของหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ ในพื้นที่ มีแนวทางการทำงานของ อสต. ในแต่ละบริบท/พื้นที่ (ชุมชน สถานประกอบการ) ตลอดจนมีการเชื่อมประสานเครือข่ายการทำงานของ อสต. ร่วมกันระหว่างภาครัฐ เอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในชุมชนและสถานประกอบการ

มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและการบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับพื้นที่ หมายถึง จังหวัด มีกระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและการให้บริการสุขภาพในกลุ่มประชากรข้ามชาติ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ให้เป็นรูปธรรม ซึ่งอาจเป็นรูปแบบการทำงาน แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ หรือต่อยอดจากที่มีอยู่เดิม โดยระบบดังกล่าว ควรเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือเกิดจากกลไก คณะทำงาน/ทีมงานทั้งในระดับจังหวัด/ระดับพื้นที่ ในการออกแบบ ระบบและดำเนินงานร่วมกัน

เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี หมายถึง จังหวัดสามารถระบุเป้าหมายและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ ของประชากรข้ามชาติที่ต้องการให้เกิดขึ้นเกิดจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สามารถวัดและประเมินผลได้ อย่างเป็นรูปธรรมและมีข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ในกลุ่มประชากรข้ามชาติ ร้อยละของชุมชน/พื้นที่/สถานประกอบการที่เข้าร่วมการเฝ้าระวังการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และสามารถป้องกันควบคุมโรคได้ การเข้าถึงวัคซีนพื้นฐานของเด็กข้ามชาติ หรือการเข้าถึงบริการการฝากครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ชาวต่างชาติ เป็นต้น

ประชากรข้ามชาติ หมายถึง ประชากรที่มีสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา เวียดนามและอื่น ๆ ทั้งที่ เข้าเมืองถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ๘ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
๑. การสนับสนุน ทรัพยากร (คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ แผนงาน/โครงการ) ที่เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน กำหนดบทบาทหน้าที่ มอบหมาย ความรับผิดชอบ - มีการจัดสรรงบประมาณ/ ทรัพยากรแหล่งงบประมาณ ในการสนับสนุนการทำงาน - มีแผนงาน/โครงการเพื่อ สนับสนุนการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ ประชากรข้ามชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> ใช้แนวทางดังต่อไปนี้ในการตรวจติดตามใน ทุกประเด็น - ทิมกำกับติดตามประเมิน ของสำนักงานเขต สุขภาพที่ ๕ ชี้แจง แนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล ทั้ง เครื่องมือการประเมิน ตัวชี้วัด และวิธีการ ประเมิน - ประเมินผลระหว่าง การดำเนินงาน ในไตรมาส ที่ ๒ และ ๓ - เสนอข้อเสนอแนะเพื่อ ยกกระตือรือร้นการดำเนินงาน ให้บรรลุตามเป้าหมาย - ใช้วิธีการประเมินแบบ การมีส่วนร่วม การ 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดมี โครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน - มีแผนงาน/โครงการ สนับสนุนการทำงาน
๒. การพัฒนาระบบ ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์สภาพปัญหา ต้นทุนและความต้องการ ด้านข้อมูลประชากรข้ามชาติ - ออกแบบและพัฒนา ระบบข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> - เสนอข้อเสนอแนะเพื่อ ยกกระตือรือร้นการดำเนินงาน ให้บรรลุตามเป้าหมาย - ใช้วิธีการประเมินแบบ การมีส่วนร่วม การ 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดมีระบบ ข้อมูลประชากร ข้ามชาติที่สามารถนำไปใช้ ในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๓. การพัฒนากลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรเอกชนและภาคประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มอบหมายความรับผิดชอบ - จัดตั้งหรือทบทวน คณะทำงาน/ทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน สุขภาพประชากรข้ามชาติ ในระดับจังหวัด/พื้นที่ - กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน 	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างทีมประเมินและทีมขับเคลื่อนงานระดับจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดมีกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรเอกชนและภาคประชาชน (กลไก หมายถึง คณะทำงาน/ทีมงาน/กลุ่มคนที่ขับเคลื่อนงาน)
๔. การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติน (อสต.)	<ul style="list-style-type: none"> - มีคณะทำงาน/ทำงานเพื่อพัฒนา อสต. ระดับจังหวัด - พัฒนา/ทบทวนหลักสูตรการพัฒนา อสต. ให้เหมาะสมกับบริบท - พัฒนาทีมวิทยากร ทีมพี่เลี้ยง - พัฒนารฐานข้อมูลของ อสต. ทั้งจังหวัด - พัฒนาแนวทางการทำงานของ อสต. ร่วมกัน และเชื่อมประสาน เครือข่ายระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาแนวทางการกำกับ ติดตามการดำเนินงานของ อสต. 		<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติน (อสต.) อย่างเป็นระบบ
๕. การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและการบริการสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ เลือกระเด็นปัญหาที่ ต้องการแก้ไข - กำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุ 		<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและการบริการสุขภาพ

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกันออกแบบระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา - กำหนดรูปแบบบริการและดำเนินการตามแผน - วัดและประเมินผล 		<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดมีระบบบริการสุขภาพต้นแบบอย่างน้อย ๑ ระบบ (
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
๑. การสนับสนุนทรัพยากร (คน เงิน วัสดุอุปกรณ์) ที่เหมาะสม			
๒. การพัฒนาระบบข้อมูล			
๓. กลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรเอกชนและภาคประชาชน			
๔. การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.)			
๕. การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและการบริการสุขภาพ			
ประเด็นที่ ๑ - ๕ ดำเนินการตามมาตรการ แนวทางการตรวจ ติดตาม และผลลัพธ์ที่ต้องการ ตามแนวทางของรอบที่ ๑ ในตารางด้านบน			
๖. ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี	<ul style="list-style-type: none"> - ระบุเป้าหมายและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ - มีการกำกับติดตามและประเมินผล ตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานผลการดำเนินงานและผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสามารถดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพบรรลุตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ - มีต้นแบบ/ บทเรียน ของระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อย่างน้อย ๑ เรื่อง/ ประเด็น

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดมีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน - มีการวิเคราะห์ปัญหาความต้องการ เพื่อ 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงาน/ทีมงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผ่านการประชุม กำกับ 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงาน/ทีมงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงาน/ทีมงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

<p>นำไปสู่การวางแผนการทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีคณะทำงาน/ทีมงานทำงานสุขภาพประชากรข้ามชาติทั้งระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ - มีแผนงานโครงการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ - มีแนวทางการทำงานร่วมกัน ในประเด็น การพัฒนาระบบข้อมูล การพัฒนากลไกการทำงาน และแนวทางการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การพัฒนา อสต. และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ - กำหนดแนวทางการกำกับติดตามประเมินผล 	<p>ติดตามในระดับพื้นที่เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาระบบข้อมูลประชากรข้ามชาติ การพัฒนา อสต. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติมีความก้าวหน้า - มีการกำกับติดตามประเมินผลระหว่างดำเนินงาน อย่างน้อย ๑ ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาระบบข้อมูลประชากรข้ามชาติ การพัฒนา อสต. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติมีความก้าวหน้ามากกว่า ร้อยละ ๕๐ ของแผนที่กำหนดไว้ - มีการกำกับติดตามประเมินผลระหว่างดำเนินงาน อย่างน้อย ๑ ครั้ง - มีผลการประเมินและข้อเสนอแนะเพื่อยกระดับการทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาระบบข้อมูลประชากรข้ามชาติ การพัฒนา อสต. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติมีความก้าวหน้ามากกว่า ร้อยละ ๙๐ ของแผนที่กำหนดไว้ - มีผลการประเมินบทเรียนและข้อเสนอแนะเพื่อยกระดับการทำงานในปีต่อไป - มีต้นแบบมีต้นแบบ/บทเรียนของระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อย่างน้อย ๑ เรื่อง/ประเด็น
--	---	--	---

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑. จังหวัดมีการสนับสนุนทรัพยากร (คน เงิน วัสดุอุปกรณ์) ที่เหมาะสม
๒. จังหวัดมีการพัฒนาระบบข้อมูลประชากรข้ามชาติที่สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. จังหวัดมีกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรเอกชนและภาคประชาชนที่มีความเป็นเอกภาพ
๔. จังหวัดมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) อย่างเป็นระบบ
๕. จังหวัดมีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและการบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับพื้นที่
๖. เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามเป้าหมายที่จังหวัดกำหนดไว้
๗. เกิดระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและการบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ต้นแบบ อย่างน้อย ๑ ระบบ หรือ ๑ เรื่อง

หมายเหตุ ตัวชี้วัดทั้ง ๗ จะดำเนินการสร้างเครื่องมือในการวัดและประเมินผลต่อไป

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) -

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ราชบุรี

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
กลุ่มยุทธศาสตร์ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ราชบุรี			

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
กลุ่มยุทธศาสตร์ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ราชบุรี			

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ
คกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

เขตสุขภาพที่ ๖

เขตสุขภาพที่ ๗

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

(Inspection Guideline)

ประเด็น : Area based

โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี ๒๕๖๕

หัวข้อ การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ ๗

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

คำนิยาม: การสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง การดำเนินงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค และศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น กรมอนามัย สนับสนุนให้หน่วยงานระดับจังหวัดที่รับผิดชอบดำเนินการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีภาคีเครือข่ายร่วมกันทบทวนสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหาที่เกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ และนำมาวางแผนการดำเนินโครงการ และการกำกับติดตามเพื่อให้มีการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีมาตรการในการดำเนินงาน คือ

- ๑) จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล สำหรับ ทุกพื้นที่ผ่านเทศบาล/อบต.
- ๒) จัดการเรียนรู้การสอนในโรงเรียนให้ครบทุกพื้นที่ พร้อมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กเยาวชน ประชาชน และสังคม
- ๓) คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยง เมื่อพบผู้ติดเชื้อพยาธิให้การรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควรมีการตรวจมูลสัตว์เลี้ยงในบ้าน สุนัข/แมว หากตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับต้องให้การรักษาโดยสัตวแพทย์ในพื้นที่
- ๔) คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยง ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์
- ๕) บริหารจัดการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบ
- ๖) รมรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางสื่อสารตามบริบทพื้นที่
- ๗) มีระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลระดับประคองด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก

เป้าหมาย

: ลดการติดเชื้อในคนและปลาให้น้อยกว่า ร้อยละ ๑ / ลดอัตราตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดีในลดลงน้อย ๒ใน๓ / มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล ๑ แห่งต่อ ๑ อำเภอ ในปี ๒๕๖๕

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
จังหวัดมีโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี ๒๕๖๔	จังหวัดมีโครงการและงบประมาณในการรองรับกิจกรรมดำเนินการตามมาตรการ	ประสานจังหวัดในการติดตามโครงการที่ผ่านการอนุมัติ เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของกิจกรรมดำเนินงานที่กำหนดตามมาตรการ	๑.จังหวัดมีโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งในโครงการประกอบด้วยกิจกรรมการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด
จังหวัดดำเนินการได้ครบถ้วนตามมาตรการได้อย่างน้อยร้อยละ๕๐	พื้นที่ดำเนินงานตามมาตรการดังกล่าวข้างต้นเป็นอย่างน้อย	-ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดในโครงการรวมทั้งปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข	๒.จังหวัดดำเนินการได้ตามที่ระบุใน small success รอบ ๖ เดือน

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
จังหวัดดำเนินการได้ครบถ้วนตามมาตรการได้อย่างน้อยร้อยละ๘๕	จังหวัดดำเนินการได้ครบถ้วนตามมาตรการตามเป้าหมายที่กำหนดในรอบ ๙ เดือน	-รายงานผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดในโครงการ รวมทั้งปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข	๑.จังหวัดดำเนินการได้ตามที่ระบุใน small success รอบ ๙ เดือน
จังหวัดดำเนินการได้ครบถ้วนตามมาตรการทุกกิจกรรม	จังหวัดดำเนินการได้ครบถ้วนทุกมาตรการและได้ผลตามเป้าหมายร้อยละ ๑๐๐	-รายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของโครงการ รวมทั้งปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ	๒.ในรอบ ๑๒ เดือนจังหวัดดำเนินการในทุกกิจกรรมได้ร้อยละ๑๐๐

Small Success

โครงการแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี ๒๕๖๕	Small Success พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี ๒๕๖๕			
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
การจัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล	มีการทบทวนสถานการณ์วิเคราะห์ข้อมูล	-ร้อยละ ๒๐ ของเทศบาล/อบต. เป้าหมาย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗ มีแผนการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ที่ถูกหลักสุขภาพีบาล หรือมีระบบบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิใบไม้ตับ	-ร้อยละ ๕๐ ของเทศบาล/อบต. เป้าหมาย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗ มีแผนการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ที่ถูกหลักสุขภาพีบาล หรือมีระบบบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิใบไม้ตับ	-อย่างน้อยจังหวัดละ ๒ อำเภอ (ภาพรวมเขต ๘ แห่ง/ปี) มีการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขภาพีบาล เพื่อตัดวงจรพยาธิใบไม้ตับ
ดำเนินการจัดการเรียนการสอนเรื่อง OVCCA ในโรงเรียน	สำรวจจำนวนโรงเรียนในสังกัด สพพ/สพม/กศน/อาชีวศึกษา/เอกชน ในพื้นที่เป้าหมาย	- ดำเนินการจัดการเรียนการสอนเรื่อง OVCCA อย่างน้อยร้อยละ ๗๕ ของโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย	- ดำเนินการจัดการเรียนการสอนเรื่อง OVCCA อย่างน้อยร้อยละ ๙๐ ของโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย	- ดำเนินการจัดการเรียนการสอนเรื่อง OVCCA อย่างน้อยร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย
การติดตามการจัดการเรียนการสอนในพื้นที่ที่เคยดำเนินการเมื่อปี ๒๕๕๙-๒๕๖๔	สำรวจโรงเรียนที่ดำเนินการจัดการเรียนการสอน ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓	วางแผนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ ดำเนินการขอความร่วมมือ ให้มีการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน	ดำเนินการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการขอความร่วมมือ ให้มีการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนให้ได้อย่างน้อยร้อยละ ๓๐	ดำเนินการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการขอความร่วมมือ ให้มีการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนให้ได้ อย่างน้อยร้อยละ๕๐
สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุม	ทบทวนเครื่องมือสร้างความรอบรู้	วางแผนการดำเนินงาน	ดำเนินการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพนักเรียนและ	นักเรียนและประชาชนในพื้นที่เสี่ยง มีความรอบรู้

โครงการแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิ ใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดีปี ๒๕๖๕	Small Succuss พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี ๒๕๖๕			
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในโรงเรียนและ ประชาชน	ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรค พยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในโรงเรียน และประชาชน ในพื้นที่เสี่ยง		ประชาชนในพื้นที่ เสี่ยง เรื่องการป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	เรื่องการป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี อย่างน้อย ร้อยละ ๖๐
การคัดกรอง อุจจาระ	- มีการทบทวน สถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหาที่ เกิดจากโรค พยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่ และนำมาวางแผน การดำเนินงาน โครงการ	-คัดกรองพยาธิใบไม้ ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีประวัติ เสี่ยง เมื่อพบผู้ติด พยาธิให้การรักษาและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ร้อยละ ๕๐ ของพื้นที่เป้าหมาย	-คัดกรองพยาธิใบไม้ ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีประวัติ เสี่ยง เมื่อพบผู้ติด พยาธิให้การรักษาและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ร้อยละ ๘๕ ของพื้นที่เป้าหมาย	-คัดกรองพยาธิใบไม้ ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มี ประวัติเสี่ยง เมื่อพบ ผู้ติดพยาธิให้การ รักษาและ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ของ พื้นที่เป้าหมาย
การคัดกรอง ปัสสาวะ	ทุกจังหวัดมีการดำเนินการตรวจคัดกรองด้วย OV-RDT ของสถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น			
การคัดกรองมะเร็ง ท่อน้ำดีด้วย U/S	ทบทวนปัญหา และวางแผนใน การดำเนินงาน	-คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยง ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ร้อยละ ๕๐ ของ กลุ่มเป้าหมาย	-คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มีประวัติ เสี่ยง ด้วยเครื่องอัลตรา ซาวด์ ร้อยละ ๘๕ ของกลุ่มเป้าหมาย	-คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชน อายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มี ประวัติเสี่ยง ด้วย เครื่องอัลตราซาวด์ ร้อยละ ๑๐๐ ของ กลุ่มเป้าหมาย
ระบบการวินิจฉัย ดูแลรักษาและส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี	ทบทวนปัญหา และวางแผนใน การพัฒนาระบบการ วินิจฉัยดูแล รักษาและส่ง ต่อผู้ป่วยมะเร็ง ท่อน้ำดี ร่วมกับพื้นที่ ตั้งแต่ รพ.สต.	ร้อยละ ๓๐ ของผู้ที่สงสัย CCA ได้รับการส่งต่อ CT scan	ร้อยละ ๖๐ ของผู้ที่สงสัย CCA ได้รับการส่งต่อ CT scan	ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่สงสัย CCA ได้รับการส่งต่อ CT scan
รณรงค์อาหาร	ทบทวนปัญหา	-รณรงค์อาหาร	-รณรงค์อาหาร	-รณรงค์อาหาร

โครงการแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิ ใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดีปี ๒๕๖๕	Small Succuss พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี ๒๕๖๕			
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ปลอดภัย	และวางแผนใน การดำเนินงาน	ปลอดภัย ปลาปลอด พยาธิอย่างต่อเนื่องใน พื้นที่ผ่านทุกช่อง ทางการสื่อสารตาม บริบทพื้นที่ ร้อยละ ๕๐ ของพื้นที่เป้าหมาย	ปลอดภัย ปลาปลอด พยาธิอย่างต่อเนื่องใน พื้นที่ผ่านทุกช่อง ทางการสื่อสารตาม บริบทพื้นที่ ร้อยละ ๘๕ ของพื้นที่ เป้าหมาย	ปลอดภัย ปลาปลอด พยาธิอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่ผ่านทุกช่อง ทางการสื่อสารตาม บริบทพื้นที่ ร้อยละ ๑๐๐ ของพื้นที่ เป้าหมาย
พัฒนาสถาน ประกอบการปลาร้า ปลาต้ม	มีการสำรวจ สถาน ประกอบการ ปลาร้าปลาต้ม ในพื้นที่ เป้าหมาย	คืนข้อมูลและวางแผน กับหน่วยงานและผู้ ที่เกี่ยวข้อง (ผู้ประกอบการและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)	พัฒนาสถาน ประกอบการเพื่อ ขอรับการประเมิน อย.	จังหวัดมีสถาน ประกอบการที่ผ่าน มาตรฐานอย่างน้อย
ปลาปลอดพยาธิ	มีการสำรวจ แหล่งน้ำ ธรรมชาติและ แหล่งเลี้ยงปลา น้ำจืด ในพื้นที่	จังหวัดร่วมวางแผนกับ สคร.๗	ลงพื้นที่เพื่อ ดำเนินการตรวจพยาธิ ในปลา	สรุปและคืนข้อมูลแก่ พื้นที่เพื่อวางแผน แก้ไขปัญหาต่อไป

ประเด็นเพื่อพิจารณาดำเนินการเพิ่มในปี ๒๕๖๕

- จังหวัดมีการติดตามการดำเนินการต่อเนื่องในพื้นที่ที่เคยดำเนินงาน ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ ตามมาตราแบบบูรณาการ
- จังหวัดมีแผนงานโครงการในการใช้นวัตกรรม การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ๑๕ ปีขึ้นไป ด้วยปัสสาวะ (OV-RDT)พร้อมลงข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort ๑๐๐%
- จังหวัดมีแผนการควบคุมคุณภาพการตรวจอุจจาระ ร่วมกับ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑... นวัตกรรมการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT ปี 2565 เขต
สุขภาพที่ 7.....

๒.....

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ).....ไม่มี.....

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น

กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
-----------	------------------	------------------------------------	---------------------

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1.นายกิตติพิชญ์ จันทิ	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 7 จ.ขอนแก่น	Tel. 084-5199811	การสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
2.นางวาทีณี แจ่มใส	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	Tel. 089-416-6198	การสนับสนุนการจัดระบบ สุขภาพลบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล เพื่อตัดวงจรพยาธิใบไม้ตับ โดยจัด ให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล
3. นส.สุมาลี จันท ลักษณ์	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 7 จ.ขอนแก่น	Tel. 081-570-4877	การสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
4.นส.วนิดา อินทรสังขาร์	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 7 จ.ขอนแก่น	Tel. 080-417-0975	การสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
(Inspection Guideline)

ประเด็น Area base : วัณโรค

หัวข้อ อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาและผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)

ตัวชี้วัดที่ 1 : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88

ตัวชี้วัดที่ 2 : อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85

คำนิยาม

1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา

1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ

3 กลุ่มเป้าหมาย

3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

3.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ.2564 - 30 กันยายน พ.ศ.2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

ค่าเป้าหมายของอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน ประชากร ปี พ.ศ. 2563*	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อแสนประชากร)**	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2564 อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85
เขตสุขภาพที่ 7	5,054,166	7,581	6,444
ร้อยเอ็ด	1,305,211	1,958	1,664
ขอนแก่น	1,802,872	2,704	2,299
มหาสารคาม	962,665	1,444	1,227
กาฬสินธุ์	983,418	1,475	1,254

หมายเหตุ : *ที่มาข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC ปี พ.ศ.2563

** ข้อมูลจาก WHO Global TB Report 2019

มาตรการการดำเนินงาน 5 มาตรการ

- มาตรการที่ 1 เร่งรัดค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา
- มาตรการที่ 2 การตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและได้มาตรฐาน
- มาตรการที่ 3 การรักษาที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและรักษาอย่างต่อเนื่อง
- มาตรการที่ 4 การป้องกันและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
- มาตรการที่ 5 พัฒนาระบบเครือข่าย/งานวิจัยและนวัตกรรม

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
จังหวัดจัดทำแผนงาน/โครงการ และงบประมาณในการรองรับกิจกรรมดำเนินการตามมาตรการ	1. จังหวัดมีการทบทวนมาตรการวิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการดำเนินงานวัณโรคในพื้นที่ 2. จังหวัดมีการจัดทำแผนงาน/โครงการ ตามมาตรการเร่งรัด เพื่อแก้ไขปัญหาวัณโรค ปี 2565	1. ประสานจังหวัดในการตรวจติดตาม แผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาวัณโรค ในปี 2565 สอดคล้องกับการวิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา 2. ตรวจสอบความครบถ้วนของกิจกรรมดำเนินงานที่กำหนดตามมาตรการ	จังหวัดมีแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาวัณโรค ในปี 2565 ซึ่งในโครงการประกอบด้วยกิจกรรมการดำเนินงานตามการวิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ตามมาตรการที่กำหนด
จังหวัดดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนดในรอบ 6 เดือน	จังหวัดดำเนินการตามมาตรการเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ในแผน รอบ 6 เดือน	ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดในโครงการ รอบ 6 เดือน รวมทั้งปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข	1. จังหวัดดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนดในรอบ 6 เดือน 2. จังหวัดดำเนินการได้ตามที่ระบุใน small success รอบ 3 เดือน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
จังหวัดดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนดในรอบ 9 เดือน	จังหวัดดำเนินการตามมาตรการเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ในแผน รอบ 9 เดือน	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดในโครงการ และ small success รอบ 9 เดือนรวมทั้งปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข	1. จังหวัดดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนดในรอบ 9 เดือน 2. จังหวัดดำเนินการได้ตามที่ระบุใน small success รอบ 9 เดือน

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> ● ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรค ปีงบประมาณ 2564 และทบทวนมาตรการ วิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการดำเนินงานวัณโรคในแต่ละพื้นที่ ● จัดทำแผนปฏิบัติการและกิจกรรมสำคัญ มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด 	<p>อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 40</p>	<p>อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 65</p>	<p>รายงานสรุปผลการดำเนินงาน และรายงานการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน โดยวัดจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88 ประเมินจากผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ.2564 – 31 ธันวาคม พ.ศ.2564) 2. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ.2564 - 30 กันยายน พ.ศ.2565) 3. อัตราขาดการรักษาและเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ รวมกันไม่เกิน ร้อยละ 10

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

- 1.....ไม่มี.....
- 2.....

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564) คำนวณจาก

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564)

2. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564) คำนวณจาก

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565)

B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565)

คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1. พญ.วรุณยุพา พรพลทอง	นายแพทย์ชำนาญการ	Tel. 096 991 1886 e-mail : dr.a.sirinthorn@gmail.com	1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 2. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
2. น.ส.แพพรพรรณ ภูริบัญชา	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ		
3. นางสุภาพร ทูย์บึงฉิม	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ		

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel.Mobile..... e-mail :	
	ตำแหน่ง.....	Tel.Mobile.....	

	สำนัก/กอง.....	e-mail :	
--	----------------	----------------	--

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

(Inspection Guideline)

ประเด็น : Area Based

หัวข้อ มะเร็งรักษาทุกที่

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

คำนิยาม

นโยบาย “โรคมะเร็งรักษาที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (Cancer Anywhere) ผู้ป่วยมะเร็งสิทธิบัตรของสามารถเข้ารับการรักษาได้โดย “ไม่ต้องใช้ใบส่งตัว” ครอบคลุมทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด ยาต้านฮอร์โมน การฉายรังสี รวมถึงการตรวจติดตามหลังการรักษา ทำให้เข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งได้อย่าง “สะดวก” และ “รวดเร็ว” ยิ่งขึ้น

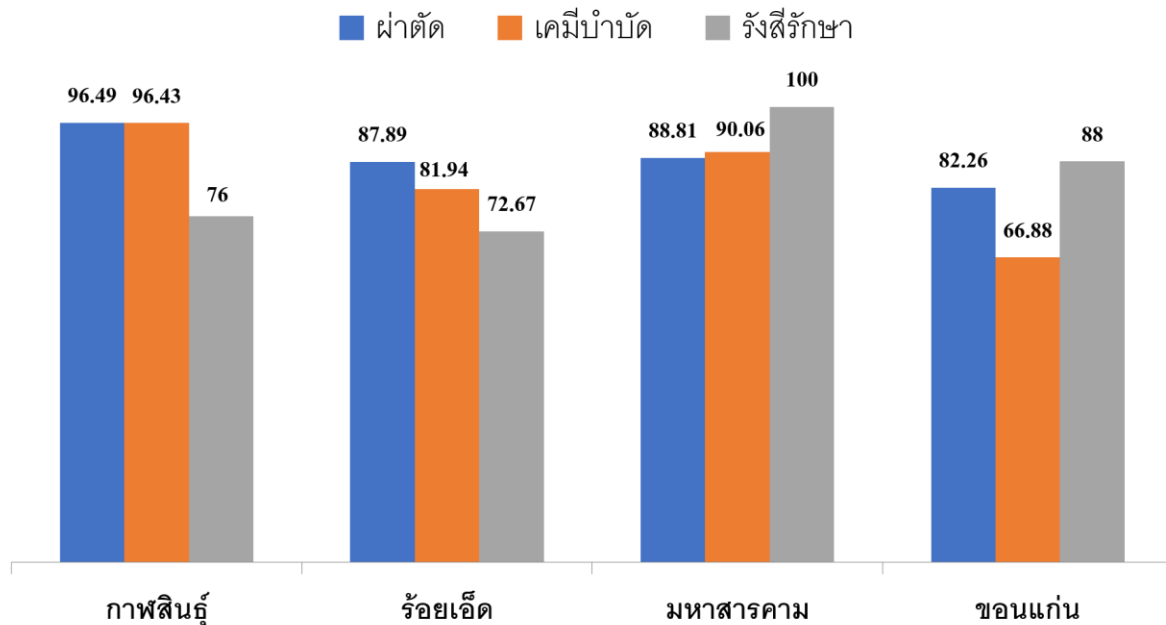
“โรคมะเร็ง” ไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม เป็นหนึ่งใน 4 บริการตามนโยบายยกระดับบัตรทอง โดยผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง สามารถเข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพแห่งใดก็ได้ในระบบบัตรทองที่มีความพร้อมในการให้บริการ ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยไปจนถึงการรักษา โดยไม่ต้องใช้หนังสือส่งตัว เงื่อนไขสำคัญคือต้องเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษามะเร็งประเภทนั้นๆ และต้องมีคิวรอการรักษาที่ไม่นาน นั่นเพราะ...โรคมะเร็ง ยิ่งรักษาไว ยิ่งมีโอกาสหายขาด นโยบายนี้เป็นการกระจายระบบบริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไปยังแต่ละหน่วยบริการ จะพิจารณาถึงศักยภาพ...ระยะเวลาการรักษาระบบเชื่อมโยงข้อมูล...ระบบการส่งต่อระหว่างกัน ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ต้องรอคอยคิวนาน...ได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่

เขตสุขภาพที่ 7 ได้ยกระดับโรงพยาบาลให้มีศักยภาพเพิ่มอีก 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย และโรงพยาบาลจรีเวช ปัจจุบันทั้ง 4 โรงพยาบาลนี้ให้บริการอย่างสอดคล้องประสาน เชื่อมต่อข้อมูลการรักษา-ส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ทำให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการเรื่องคิวรอการรักษาได้อย่างดีเยี่ยม สามารถ...หาคิวที่สั้นที่สุดของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่อยู่ใกล้เคียงให้ผู้ป่วยไปรักษาได้อย่างรวดเร็ว ผู้ที่เข้ามาตรวจคัดกรองและพบว่าเป็นมะเร็งในระยะแรกก็จะสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันที หมายความว่า...เมื่อรู้เร็ว รักษาเร็ว ก็มีโอกาที่จะรักษาให้หายขาดได้ นโยบายนี้ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องรอคิวการรักษายาวนานเหมือนในอดีตอีกต่อไป

อุบัติการณ์ 5 อันดับแรกมะเร็ง ในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก และการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็ง ปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก

จากรายงานการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 7 ระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2564 พบว่า การเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ 88.86, การเข้าถึง การ

รักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ 83.83 และการเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ เฉลี่ย ร้อยละ 84.17 ดังสรุปผลงานการเข้าถึงบริการสาขามะเร็งรายเขต ดังนี้



ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนดได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และ มะเร็งปากมดลูก (C53)

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 75\%$
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 75\%$
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 65\%$

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริหารห้องผ่าตัดรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับโรคอื่นๆ อย่างเหมาะสม 2. จัดการให้ได้ผลชิ้นเนื้อเร็วที่สุด 3. บันทึกวันเริ่มผ่าตัด วันเริ่มให้เคมีบำบัด วันเริ่มฉายรังสี ใน TCB เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลกลับไปยังพื้นที่ 	ตรวจสอบติดตามคิวการผ่าตัด คิวการให้ยาเคมีบำบัด คิวการฉายรังสี มะเร็ง 5 โรคมะเร็ง (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ผ่าตัด เคมีบำบัด ปี 2565 $\geq 75\%$ และเพิ่มขึ้นถึง 80% ในปี 2566 ตามลำดับ

	4. เปิดบริการเคมีบำบัด ใน M1 5. พัฒนาศักยภาพและธำรงรักษาบุคลากร 6. พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย		ส่วนรังสีรักษา 2565 $\geq 65\%$ และเพิ่มขึ้นถึง 70% ในปี 2566
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
บูรณาการการคัดกรองรักษาในการดูแล ให้ครบวงจร เต็มเต็มด้วยพัฒนาวัตกรรมการบริการ	1. พัฒนาศักยภาพมะเร็ง รพช 2. ผู้กการเบิกจ่ายกับคุณภาพข้อมูล 3. พัฒนาการคัดกรองรักษาในโรคมะเร็ง3กลุ่มคือมะเร็งตับมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก	ตรวจติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	บรรลุตามหัวข้อแผนงาน โดยบันทึกว่าทำได้หรือไม่

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ติดตามการดำเนินงาน การลงข้อมูล TCB+ , The One ตรวจสอบคุณภาพข้อมูล	พัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศ สนับสนุนการบริการ	พัฒนานวัตกรรมการคัดกรอง การรักษา บูรณาการข้อมูลในระดับเขต	มี Data science , AI ใช้ มีงานวิจัยในระดับประเทศ และต่างประเทศ

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	40. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53) 2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัดหมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไยยื่นวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

	<p>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา</p> <p>- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น</p> <p>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัด หรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</p> <p>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <p>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เขี่ยยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษา มะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก</p> <p>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษา ผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</p> <p>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรือ อ.เภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</p> <p>4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาหมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <p>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เขี่ยยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษา มะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</p> <p>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษา ผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</p> <p>- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วย มะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>	<p>ปีงบประมาณ 63</p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 65 <p>ปีงบประมาณ 64</p>

<p>1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75</p> <p>3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 65</p>	
<p>ปีงบประมาณ 65</p> <p>1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75</p> <p>3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 65</p>	
<p>ปีงบประมาณ 66</p> <p>1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75</p> <p>3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 65</p>	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด</p> <p>2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด</p> <p>3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตาม ประเภทการรักษา</p> <p>2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละ การรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด(C) รังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่</p> <p>3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรค มะเร็งและเป็นครั้งที่ ใช้ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ</p> <p>3.2 วันผ่าตัด (Operation_date) เพื่อการรักษา</p> <p>3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย</p> <p>3.4 วันที่ฉายแสงวันแรก และ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย</p> <p>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</p> <p>3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมา ตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1 จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล)</p> <p>2 หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่ เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง</p>

รายการข้อมูล 1	<p>$A(S) =$ จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>$A(C) =$ จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>$A(R) =$ จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>								
รายการข้อมูล 2	<p>$B(S) =$ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>$B(C) =$ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B(R) =$ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p>								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> $(A(s) / B(s)) \times 100$ $(A(c) / B(c)) \times 100$ $(A(R) / B(R)) \times 100$ 								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)								
เกณฑ์การประเมิน :									
<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <th style="width:40%;">ปี 2564</th> <th style="width:15%;">รอบ 3 เดือน</th> <th style="width:15%;">รอบ 6 เดือน</th> <th style="width:15%;">รอบ 9 เดือน</th> <th style="width:15%;">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </table>					ปี 2564	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2564	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	70	-	70					
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมี บำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	70	-	70					
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี รักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	60	-	60					
<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <th style="width:40%;">ปี 2565</th> <th style="width:15%;">รอบ 3 เดือน</th> <th style="width:15%;">รอบ 6 เดือน</th> <th style="width:15%;">รอบ 9 เดือน</th> <th style="width:15%;">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </table>					ปี 2565	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2565	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	75	-	75					
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมี บำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	75	-	75					
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี รักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	65	-	65					
<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <th style="width:40%;">ปี 2566</th> <th style="width:15%;">รอบ 3 เดือน</th> <th style="width:15%;">รอบ 6 เดือน</th> <th style="width:15%;">รอบ 9 เดือน</th> <th style="width:15%;">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </table>					ปี 2566	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2566	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	-	75	-	75					

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	75	-	75	
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	-	65	-	65	
วิธีการประเมินผล :	สำรวจและนิเทศติดตาม				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	71.07	71.29	88.86
	เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	70.45	73.22	83.83
	รังสีรักษาใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	55.08	58.65	84.17
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.จินดา โรจนเมธินทร์ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800 โทรสาร : 02-3547036</p> <p>2. ดร.ศุสึพร แสงกระจ่าง รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 061-413-3267 E-mail : suleesa@yahoo.com กรมการแพทย์</p>				

เขตสุขภาพที่ ๘

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area based)

หัวข้อ การพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ ๘ (R๘ Mental Health)

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ) ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ มีการพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ ๘ (R๘ Mental Health)

คำนิยาม

ระบบการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง ชุมชนมีการวางแผนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วม พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต นำสู่ระบบการติดตาม การรักษา การดูแลต่อเนื่อง การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงระบบการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหา กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ภาคีเครือข่าย หมายถึง ภาคสาธารณสุข ภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน ภาคประชาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินงาน สนับสนุน ติดตาม การดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วม หมายถึง หมายถึง ชุมชนมีการวางแผนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวางแผน ดำเนินงาน สนับสนุน ติดตาม การดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ชุมชนมีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต แบบการคัดกรองเชิงรุก Active case finding ด้วยการคัดกรอง ค้นหา ผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต และการติดตามกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจิต Active Surveillance ด้วยการติดตามไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึง Early warning sign ให้ประชาชนมีความรู้ในสัญญาณเตือนในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัว

ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชนมีรูปแบบ แนวทางการให้บริการการรักษา บำบัด ฟื้นฟู และส่งต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

การดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ชุมชนหรือหน่วยงานสาธารณสุข มีแนวทางการเฝ้าระวัง ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ดูแล รักษา กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การลดการตีตราสร้างโอกาส หมายถึง การลดตีตราที่เป็นลักษณะการสร้างความน่าอับอายหรือน่าขายหน้า ที่สร้างเครื่องหมายด้วยมลทินของบุคคลนั้นๆ สนับสนุนและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหลายภาคส่วนให้เกิดการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการดูแลผ่านความรู้ที่ดีขึ้น เกิดการมีส่วนร่วมในการยอมรับการดูแลในผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
<p>องค์ประกอบที่ ๑</p> <p>การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Working Together)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผลักดันเชิงนโยบาย (Policy Advocate) โดยผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด/คณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด/คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด - ขับเคลื่อนสุขภาพจิตหลายภาคส่วน ส่งเสริมเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย - ส่งเสริมการรับรู้การเสริมสร้างวัคซีนใจ ระดับครอบครัว ชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามแผนการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด - ติดตามการดำเนินงานตามแผน - ติดตามผลลัพธ์/ปัจจัยความสำเร็จ/ข้อพัฒนาของการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิตและจิตเวชภายในจังหวัดผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด/คณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด/คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด - มีกิจกรรมที่ขับเคลื่อนสุขภาพจิตจากหลายภาคส่วนในการส่งเสริม เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด - มีกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้การเสริมสร้างวัคซีนใจ ระดับครอบครัว ชุมชน ทุกอำเภอ
<p>องค์ประกอบที่ ๒</p> <p>การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต (Active surveillances)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง สอบสวน และติดตามผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย - พัฒนาระบบเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรม (Warning Sign Alert) ในพื้นที่ทั้งที่เป็นผู้ป่วยและไม่ใช่อุปวยจิตเวช เน้นและขยายการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามแผนการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด - ติดตามการดำเนินงานตามแผน - ติดตามผลลัพธ์/ปัจจัยความสำเร็จ/ข้อพัฒนาของการดำเนินงาน - ติดตามผลลัพธ์การเฝ้าระวังเชิงรุก การติดตามกลุ่มเสี่ยง และการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชและ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการคัดกรองเชิงรุก Active case finding ในกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มอื่นๆ ด้วยโปรแกรม Mental Health Check In - มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจิต ด้วยการติดตามไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยโปรแกรม R๘EOC

	<p>สื่อสารสัญญาณเตือน สำหรับประชาชนผู้ใกล้ชิด</p> <ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองเชิงรุก Active case finding ด้วยการคัดกรอง ค้นหา ผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต ด้วยโปรแกรม Mental Health Check In - ติดตามกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจิต ด้วยการติดตามไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยโปรแกรม R๘EOC - เฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวช และติดตามต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรม R๘๕๐๖Dashboard ทั้งใน IPD/OPD - บูรณาการการเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับนโยบาย ๓ หมอ - ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน คุณภาพ ข้อมูล ความครอบคลุม ความทันเวลา และการนำไปใช้ข้อมูล วิเคราะห์ วางแผน 	<p>ติดตามในชุมชน ด้วยข้อมูลจากโปรแกรม Mental Health Check In / R๘EOC / R๘๕๐๖Dashboard</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชและติดตามต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรม R๘๕๐๖Dashboard ทั้งใน IPD/OPD - มีการขับเคลื่อนการบูรณาการการเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับนโยบาย ๓ หมอ - ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน จากการสอบสวนปัญหาการฆ่าตัวตาย คุณภาพข้อมูล ความครอบคลุม ความทันเวลา และการนำไปใช้ข้อมูล วิเคราะห์ วางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช
<p>องค์ประกอบที่ ๓ ระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวช (Medical service)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพบุคลากรและผลักดันการจัดตั้ง Psychiatric ward/ Psychiatric Conner ที่พร้อมให้บริการในทุกโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามแผนการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด - ติดตามการดำเนินงานตามแผน - ติดตามผลลัพธ์/ปัจจัยความสำเร็จ/ข้อพัฒนาของการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการการจัดตั้ง Psychiatric ward/ Psychiatric Conner ที่พร้อมให้บริการในทุกโรงพยาบาล <u>และ</u>พัฒนาระบบ acute care ผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาระบบการดูแลจิตเวชเด็ก

	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบ acute care ผู้ป่วยจิตเวช - พัฒนาระบบการดูแลจิตเวชเด็ก - พัฒนาระบบ refer back ขยายไปยังโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ - พัฒนาระบบ Medical Reconcile และ ผลักดันนโยบาย ๓๕ รายการยาในทุกโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามผลลัพธ์การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ 	<p>พัฒนาระบบ refer back และพัฒนาระบบ Medical Reconcile ให้เป็นไปตามมาตรฐานรายการยาจิตเวช ๓๕ รายการยาในทุกโรงพยาบาล</p>
<p>องค์ประกอบที่ ๔ การดูแลช่วยเหลือแก้ปัญหาากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการลดการตีตราสร้างโอกาส (Care Giver Support / Destigmatization & Rehabilitation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือแก้ปัญหาากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการลดการตีตราสร้างโอกาส - เสริมสร้างระบบบริหารจัดการใน Care Manager และเสริมสร้างศักยภาพ Care Giver ในระบบ long term care การดูแลสุขภาพจิตร่วมด้วย - การส่งเสริมอาชีพในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช - สร้าง Mental Health Literacy ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในการติดตามในความดูแลของญาติ - เข้าถึงการคัดกรอง Burden วิเคราะห์และ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามแผนการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด - ติดตามการดำเนินงานตามแผน - ติดตามผลลัพธ์/ปัจจัยความสำเร็จ/ข้อพัฒนาของการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนและการดำเนินการระบบการดูแลช่วยเหลือแก้ปัญหาากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการลดการตีตราสร้างโอกาส - ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช Care Giver ได้รับการคัดกรอง Burden มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในการติดตามในความดูแลของญาติ - มีการส่งเสริมอาชีพในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช - มีกิจกรรมการสร้างความร่วมมือในการขยายโอกาส สร้างอาชีพ สวัสดิการสังคม สงเคราะห์ กลุ่มไร้บ้าน ไร้ญาติ

	<p>วางแผนแก้ไขปัญหาจากข้อมูลการคัดกรอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างความร่วมมือในการขยายโอกาส สร้างอาชีพ สวัสดิการสังคม สงเคราะห์ กลุ่มไร้บ้าน ไร้ญาติ 		
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒</p>			
<p>องค์ประกอบที่ ๑</p> <p>การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Working Together)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผลักดันเชิงนโยบาย (Policy Advocate) โดยผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด/คณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด/คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด - ขับเคลื่อนสุขภาพจิตโดยภาคส่วนที่หลากหลาย ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย - ส่งเสริมการรับรู้การเสริมสร้างวัคซีนใจ ระดับครอบครัว ชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามแผนการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด - ติดตามการดำเนินงานตามแผน - ติดตามผลลัพธ์/ปัจจัยความสำเร็จ/ข้อพัฒนาของการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิตและจิตเวชภายในจังหวัดผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด/คณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด/คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด - มีกิจกรรมที่ขับเคลื่อนสุขภาพจิตจากหลายภาคส่วนในการส่งเสริม เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด - มีกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้การเสริมสร้างวัคซีนใจ ระดับครอบครัว ชุมชน ทุกอำเภอ
<p>องค์ประกอบที่ ๒</p> <p>การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต (Active surveillances)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง สอบสวน และติดตามผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามแผนการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด - ติดตามการดำเนินงานตามแผน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการคัดกรองเชิงรุก Active case finding ในกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มอื่นๆ ด้วยโปรแกรม Mental Health Check In

	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรม (Warning Sign Alert) ในพื้นที่ทั้งที่เป็นผู้ป่วยและไม่ใช่อุปวยจิตเวช เน้นและขยายการสื่อสารสัญญาณเตือนสำหรับประชาชนผู้ใกล้ชิด - คัดกรองเชิงรุก Active case finding ด้วยการคัดกรอง ค้นหา ผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตด้วยโปรแกรม Mental Health Check In - ติดตามกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจิต ด้วยการติดตามไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยโปรแกรม R๘EOC - เฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชและติดตามต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรม R๘๕๐๖Dashboard ทั้งใน IPD/OPD - บูรณาการการเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับนโยบาย ๓ หมอ - ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน คุณภาพ ข้อมูล ความครอบคลุม ความทันเวลา และการนำไปใช้ข้อมูล วิเคราะห์ วางแผน 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามผลลัพธ์/ปัจจัยความสำเร็จ/ข้อพัฒนาของการดำเนินงาน - ติดตามผลลัพธ์การเฝ้าระวังเชิงรุก การติดตามกลุ่มเสี่ยง และการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชและติดตามในชุมชน ด้วยข้อมูลจากโปรแกรม Mental Health Check In / R๘EOC / R๘๕๐๖Dashboard 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจิต ด้วยการติดตามไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยโปรแกรม R๘EOC - มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชและติดตามต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรม R๘๕๐๖Dashboard ทั้งใน IPD/OPD - มีการขับเคลื่อนการบูรณาการการเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับนโยบาย ๓ หมอ - ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน จากการสอบสวนปัญหาการฆ่าตัวตาย คุณภาพข้อมูล ความครอบคลุม ความทันเวลา และการนำไปใช้ข้อมูล วิเคราะห์ วางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช
--	--	---	--

<p>องค์ประกอบที่ ๓ ระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวช (Medical service)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพบุคลากรและผลักดันการจัดตั้ง Psychiatric ward/ Psychiatric Conner ที่พร้อมให้บริการในทุกโรงพยาบาล - พัฒนาระบบ acute care ผู้ป่วยจิตเวช - พัฒนาระบบการดูแลจิตเวชเด็ก - พัฒนาระบบ refer back ขยายไปยังโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ - พัฒนาระบบ Medical Reconcile และ ผลักดันนโยบาย ๓๕ รายการยาในทุกโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามแผนการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด - ติดตามการดำเนินงานตามแผน - ติดตามผลลัพธ์/ปัจจัยความสำเร็จ/ข้อพัฒนาของการดำเนินงาน - ติดตามผลลัพธ์การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการการจัดตั้ง Psychiatric ward/ Psychiatric Conner ที่พร้อมให้บริการในทุกโรงพยาบาล <u>และ</u>พัฒนาระบบ acute care ผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาระบบการดูแลจิตเวชเด็ก พัฒนาระบบ refer back และพัฒนาระบบ Medical Reconcile ให้เป็นไปตามมาตรฐานรายการยาจิตเวช ๓๕ รายการยาในทุกโรงพยาบาล
<p>องค์ประกอบที่ ๔ การดูแลช่วยเหลือ แก่ปัญหาากลุ่มผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและการลด การตีตราสร้างโอกาส (Care Giver Support / Destigmatization & Rehabilitation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือแก่ปัญหาากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการลดการตีตราสร้างโอกาส - เสริมสร้างระบบบริหารจัดการใน Care Manager และเสริมสร้างศักยภาพ Care Giver ในระบบ long term care การดูแลสุขภาพจิตร่วมด้วย - การส่งเสริมอาชีพในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามแผนการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด - ติดตามการดำเนินงานตามแผน - ติดตามผลลัพธ์/ปัจจัยความสำเร็จ/ข้อพัฒนาของการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนและการดำเนินการระบบการดูแลช่วยเหลือแก่ปัญหาากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการลดการตีตราสร้างโอกาส - ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช Care Giver ได้รับการคัดกรอง Burden มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในการติดตามในความดูแลของญาติ - มีการส่งเสริมอาชีพในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

	<ul style="list-style-type: none"> - สร้าง Mental Health Literacy ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในการติดตามในความดูแลของญาติ - เข้าถึงการคัดกรอง Burden วิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาจากข้อมูลการคัดกรอง - สร้างความร่วมมือในการขยายโอกาส สร้างอาชีพ สวัสดิการสังคม สงเคราะห์ กลุ่มไร้บ้าน ไร้ญาติ 		<ul style="list-style-type: none"> - มีกิจกรรมการสร้างความร่วมมือในการขยายโอกาส สร้างอาชีพ สวัสดิการสังคม สงเคราะห์ กลุ่มไร้บ้าน ไร้ญาติ
--	--	--	---

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดได้รับการถ่ายทอดนโยบายการพัฒนา ระบบสุขภาพจิต และจิตเวช เขตสุขภาพที่ ๘ (R๘ Mental Health) - จังหวัด/อำเภอ มีแผนการพัฒนา ระบบสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ ๘ (R๘ Mental Health) ตามมาตรการที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดมีขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนา ระบบสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ ๘ (R๘ Mental Health) ตามมาตรการที่กำหนด - มีการทบทวนการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงจากการนิเทศ - ติดตามผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดทั้ง ๔ องค์ประกอบในรอบ ๖ เดือนแรก 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดมีขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนา ระบบสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ ๘ (R๘ Mental Health) ตามมาตรการที่กำหนด - มีการทบทวนการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงจากการนิเทศ - ติดตามผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดทั้ง ๔ องค์ประกอบในรอบ ๙ เดือนแรก 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดได้มีการดำเนินการครบถ้วนตามองค์ประกอบทั้ง ๔ องค์ประกอบและผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด - จังหวัดมีการวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดและสรุปผลจากการพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ ๘ (R๘ Mental Health) ตามมาตรการที่กำหนด - ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ มีการพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ ๘ (R๘ Mental Health)

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ ๑ การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Working Together)

ตัวชี้วัดที่ ๑ จังหวัด/อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

องค์ประกอบที่ ๒ การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดที่ ๒.๑ จังหวัด/อำเภอมีการติดตามกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิตได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ในโปรแกรม R๘EOC จากการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงสุขภาพจิตด้วย Mental Health Check In

ตัวชี้วัดที่ ๒.๒ จังหวัด/อำเภอที่มีการติดตามต่อเนื่องในชุมชนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องได้รับการติดตามในโปรแกรม R๘๕๐๖Dashboard

องค์ประกอบที่ ๓ ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัดที่ ๓.๑ โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและระบบ ระบบ Acute Care

ตัวชี้วัดที่ ๓.๒ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต (ข้อมูลการติดตามระดับจังหวัด)

๓.๒.๑ ร้อยละ ๘๒ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ

๓.๒.๒ ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน ๖ เดือน

๓.๒.๓ ร้อยละ ๗๑ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

องค์ประกอบที่ ๔ การดูแลช่วยเหลือแก้ปัญหาากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการลดการตีตราสร้างโอกาส (Care Giver Support / Destigmatization & Rehabilitation)

ตัวชี้วัดที่ ๔ จังหวัด/อำเภอมีระบบการดูแลช่วยเหลือแก้ปัญหาากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการลดการตีตราสร้างโอกาส (Care Giver Support / Destigmatization & Rehabilitation)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีเชิงปริมาณ).....

สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ ๑	จังหวัดที่มีการพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ ๘ (R๘ Mental Health) ที่ผ่านองค์ประกอบ ๔ องค์ประกอบ	X ๑๐๐
	จำนวนจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 2. โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ 3. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ 4. กรมสุขภาพจิต
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์นพดล วาณิชฤดี กรมสุขภาพจิต (ประธานคณะผู้นิเทศฯ) 2. นางสิริพร พุทธิพรโอบาส ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 3. นายแพทย์อาทิตย์ เล่าสู่อังกูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ 4. นายแพทย์โกศล วรวัชวดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ 5. นายวีระพงษ์ เรียบพร ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 โทร 085-8536692 (เลขานุการคณะผู้นิเทศฯ)

เขตสุขภาพที่ ๙

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : ปัญหาสำคัญของพื้นที่.....

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ NCD Cluster เขตสุขภาพที่ 9.....

ตัวชี้วัด : ลดการตายก่อนวัยอันควรอายุ 15 - 69 ปี จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้
ลง ร้อยละ 20 ในปี 2565

คำนิยาม

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรค NCDs หรือ non-communicable diseases) คือ กลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ค่อยๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วย จึงอาจจัดว่าโรค NCDs เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังได้ ซึ่งเป็นภาวะ/โรคที่สามารถป้องกันควบคุมโรค และดูแลรักษาโรค เพื่อลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิตโรคดังกล่าว ส่งผลให้การตาย premature death จาก NCDs ดังกล่าวลดลง โรคดังกล่าวที่กำหนดในที่นี้ ได้แก่

1. โรคเบาหวาน (E10 – E14)
2. โรคความดันโลหิตสูง (I10 – I15)
3. โรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69)
4. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (I21.0 – I21.3) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
5. โรคไตวายเรื้อรัง 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139', 'I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110', 'N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี eGFR \geq 156.
6. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD (ICD J 440, 441)

การตายก่อนวัยอันควร ในที่นี้หมายถึงการตายของผู้ป่วยช่วงอายุ 15 – 69 ปี ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามที่กำหนด 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคไตวายเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคไตวายเรื้อรัง, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ช่วงอายุ 15-69 ปี พื้นที่ตามทะเบียนราษฎร เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, บุรีรัมย์, ชัยภูมิ และ สุรินทร์

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ : มีการพัฒนาขับเคลื่อนงาน NCD ในระดับเขตและจังหวัด			
มีการขับเคลื่อนนโยบายการขับเคลื่อนงาน NCD เขตและจังหวัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการแต่งตั้ง NCD board เขต จังหวัดทุกจังหวัด 2. มีการนำเสนอยุทธศาสตร์และแนวทางการพัฒนางาน NCD cluster ต่อที่ประชุมผู้บริหาร และคณะกรรมการบริหาร 3. มีการจัดทำข้อมูลรายงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการ รายงานต่อคณะกรรมการ และผู้บริหาร 	ตรวจสอบหลักฐาน - เอกสารคำสั่งแต่งตั้ง NCD board ของเขต และจังหวัด - มีเอกสารการนำเสนอต่อที่ประชุมผู้บริหาร และคณะกรรมการบริหาร - มีไฟล์เอกสารสรุปผลการตรวจราชการทุกครบทุกจังหวัด และในระดับเขตสุขภาพ ใน Website กองตรวจราชการ	จังหวัด และเขตสุขภาพมีการพัฒนาขับเคลื่อนงาน NCD ในระดับเขตและจังหวัด
มีการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการงาน NCD cluster ในรูปแบบเดียวกันในเขตสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการ NCD cluster เขตสุขภาพที่ 9 ประชุมร่วมกันเพื่อจัดทำคู่มือการดำเนินงานระบบบริการ NCD cluster ของเขตสุขภาพที่ 9 2. จัดทำเล่มคู่มือการดำเนินงานระบบบริการ NCD cluster ของเขตสุขภาพที่ 9 	ตรวจสอบหลักฐาน - มีรูปเล่มคู่มือการดำเนินงานระบบบริการ NCD cluster ของเขตสุขภาพที่ 9	ผู้ปฏิบัติงานด้านกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวทาง และมีคู่มือในการดำเนินงาน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒ : การจัดตั้ง Health Station			
มีการจัดตั้ง Health Station ครบทุกรพสต.	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเยี่ยมเสริมพลังโดย ทีม NCD เขต/จังหวัด 2. คณะกรรมการ NCD cluster ของเขตสุขภาพที่ 9 ชี้แจงนโยบายแก่ผู้เกี่ยวข้อง 	ตรวจสอบหลักฐาน 1. ไฟล์เอกสารรายงานผลการจัดตั้ง Health Station ใน Website กองตรวจราชการ	มีการจัดตั้ง Health Station ครบทุกรพสต. ดังนี้ - ระดับ Basic ๑๐๐% - ระดับ Good ๕๐% - ระดับ Excellence ๓๐%

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศนโยบาย การขับเคลื่อนงาน NCD เขตและ จังหวัด - แต่งตั้ง NCD board เขต จังหวัดทุกแห่ง - รวบรวมข้อมูลเพื่อ จัดทำคู่มือแนวทาง บูรณาการจัดบริการ NCD - จัดทำเอกสารข้อมูล รายงานตามตัวชี้วัด ตรวจราชการ รายงานต่อคณะ ตรวจราชการ และ ผู้บริหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการพัฒนาทีม system manager (NCDs cluster) nurse manager และสหสาขาวิชาชีพ ถ่ายทอดงานสู่ 3 หมอ Plus+ - มีคู่มือการดำเนินงาน ระบบบริการ NCD cluster ของเขต สุขภาพที่ 9 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเยี่ยมเสริมพลังโดย ทีม NCD เขต/จังหวัด 2. มีการนำ Health literacy ในชุมชน สถาน ประกอบการในพื้นที่นำร่อง สู่การปฏิบัติ 3. ขยายการดำเนินงาน โรงเรียนเบทาหวานวิทยา อ.พิมาย จ.นครราชสีมา สู่พื้นที่นำร่อง ในจังหวัด นครราชสีมา และอีก สามจังหวัดที่พร้อม 	<ul style="list-style-type: none"> - KPI output/outcomes ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด - สรุปติดตาม ประเมินผลและทำ แผนพัฒนางาน ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตายก่อนวัยอันควร อายุ 15 – 69 ปี

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

รายการข้อมูล 1 A (ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตายก่อนวัยอันควร ปี 2565)

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตายก่อนวัยอันควร ปี 2565} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตายอายุ 15 – 69 ปีทั้งหมด}}$$

รายการข้อมูล ๒ B (ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตายก่อนวัยอันควร ปี 2564)

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตายก่อนวัยอันควร ปี 2564} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตายอายุ 15 – 69 ปีทั้งหมด}}$$

สูตรคำนวณตัวชี้วัด
$$\frac{(A - B) \times 100}{B}$$

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา

: กลุ่มงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์บัญชา สุขอนันต์ชัย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	Tel.085-4793036	โรคหัวใจและหลอดเลือด
แพทย์หญิงพรรณทิพย์ ตันตวิงษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	Tel. 0818761945	โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

นายแพทย์ชัยวิวัฒน์ ตุงคะเสรีรักษ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา	Tel.09-5649-4295	โรคหลอดเลือดสมอง
นายแพทย์รักเกียรติ ประสงค์ดี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบุรีรัมย์		NCD Cluster
นายแพทย์อัศววัฒน์ เพ็ญพวงภควัฒิ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองกี่		NCD Cluster
นางนวลฉวี เพิ่มทองชูชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา	Tel.089-8463890	NCD Cluster

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางนวลฉวี เพิ่มทองชูชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา	Tel. 089-8463890	NCD Cluster
นางวิจิตรา พวงเกาะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา	Tel. 081-9996858 e-mail : kwang5k@hotmail.com	NCD Cluster

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกก. กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

เขตสุขภาพที่ ๑๐

หัวข้อ : พัฒนาการเด็กและจิตเวชเด็ก

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)

1. ร้อยละ 75 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น
2. ร้อยละ 35 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย

คำนิยาม

เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือนที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป

ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (Developmental Skill Inventory : DSI), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักรักษาการบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น

ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มี ปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือใช้เครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี (Developmental Skill Inventory : DSI), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักรักษาการบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์ สื่อความหมาย) เป็นต้น ภายในระยะเวลา 3 เดือน แล้วกลับมา มีพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง 5 ด้าน จากการประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
<p>1. ร้อยละ 75 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I หรือ เครื่องมือมาตรฐานอื่น</p> <p>2. ร้อยละ 35 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการ ด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย</p>	<p>1. ทบทวน/ปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลเด็ก พัฒนาการล่าช้า และระบบการติดตามเด็ก พัฒนาล่าช้าเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาพจังหวัด/อำเภอ ในกลุ่มดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เด็กที่มีการย้ายถิ่น - กลุ่มเด็กที่ไม่เข้ารับบริการ - กลุ่มเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบตามเกณฑ์แต่ยังมีพัฒนาการไม่สมวัย (แยกเด็กกลุ่มป่วยและเด็กกลุ่มไม่ป่วย) <p>2. ประชุม/อบรม เพื่อสื่อสาร นโยบาย/ความสำคัญ/แนวทางการดำเนินงาน</p> <p>3. พัฒนาศักยภาพเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลเด็ก พัฒนาการล่าช้า/ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครองแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับในจังหวัด/อำเภอ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลลงในระบบ และการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์</p> <p>4. บุคลากรมีการยกระดับคุณภาพในคลินิกเด็ก สุขภาพดี คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ หน่วยงานทุกภาคส่วน ศูนย์เด็กเล็ก อสม.ผู้ปกครอง</p>	<p>1. ความครอบคลุม ในประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองพัฒนาการ - การส่งเสริมพัฒนาการ - การติดตามเด็กสงสัยล่าช้า - เด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบ <p>2. ติดตามการลงข้อมูล</p>	<p>1. มีการสื่อสารเชิงนโยบาย</p> <p>2. มีการพัฒนาศักยภาพทีมที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3. มีระบบการลงข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ตรงเวลาและระบบ Monitor ข้อมูล</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>โดยการอบรม ประชุม แนะนำสอน</p> <p>5. บูรณาการหน่วยงานทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่และสนับสนุนการเข้าถึงบริการ</p> <p>6. ให้บริการตามมาตรฐาน</p> <p>7. ลงข้อมูลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานจากฐานข้อมูล HDC</p> <p>8. สนับสนุนสื่อ/เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องในจังหวัด/อำเภอ</p>		

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
<p>1. ร้อยละ 75 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น</p> <p>2. ร้อยละ 35 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย</p>	<p>1. ให้บริการตามมาตรฐาน</p> <p>2. วิเคราะห์ข้อมูลเด็กที่มาใช้บริการ</p> <p>3. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน</p> <p>4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด</p> <p>5. คัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ Best Practice</p>	<p>1. ความครอบคลุมในประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองพัฒนาการ - การส่งเสริมพัฒนาการ - การติดตามเด็กสงสัยล่าช้า - เด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบ <p>2. ติดตามการลงข้อมูล</p> <p>3. พื้นที่ Best Practice</p>	<p>1. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด</p> <p>2. มีระบบการลงข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ตรงเวลา และระบบ Monitor ข้อมูล</p> <p>3. Best Practice ในพื้นที่</p>

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>1. การวิเคราะห์ข้อมูลและสภาพปัญหาหายจังหวัดในกลุ่มเด็กดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เด็กที่มีการย้ายถิ่น - กลุ่มเด็กที่ไม่เข้ารับ 	<p>1. อบรม /ประชุมชี้แจงบุคลากรที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. การดำเนินการในพื้นที่</p> <p>3. ติดตามประเมินผล</p>	<p>1. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด</p> <p>1.1 ร้อยละ 70 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามี</p>	<p>1. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด</p> <p>1.1 ร้อยละ 75 ของเด็กปฐมวัย</p>

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>บริการ</p> <p>- กลุ่มเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบตามเกณฑ์ แต่ยังมีพัฒนาการไม่สมวัย (แยกเด็กกลุ่มป่วยและเด็กกลุ่มไม่ป่วย)</p> <p>2. ประชุมผู้บริหารเชิงนโยบาย</p>	<p>การดำเนินงานตามตัวชี้วัด</p> <p>3.1 ร้อยละ 60 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น</p> <p>3.2 ร้อยละ 25 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>4. มีระบบการลงข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ตรงเวลา และระบบ Monitor ข้อมูล</p>	<p>พัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือ เครื่องมือมาตรฐานอื่น</p> <p>1.2 ร้อยละ 30 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือ เครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>2. มีระบบการลงข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ตรงเวลา และระบบ Monitor ข้อมูล</p> <p>3. มี Best Practice ในพื้นที่ไม่ซ้ำกับปี 2564</p>	<p>ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือ เครื่องมือมาตรฐานอื่น</p> <p>1.2 ร้อยละ 30 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือ เครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>2. มีระบบการลงข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ตรงเวลา และระบบ Monitor ข้อมูล</p> <p>3. มี Best Practice ในพื้นที่ไม่ซ้ำกับปี 2564</p>

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

- ร้อยละ 75 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น
- ร้อยละ 35 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

- ร้อยละ 75 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น

จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น X 100

จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด

- ร้อยละ 35 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้น

พัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย

จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย X100

จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นแล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM ทั้งหมด

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรม สุขภาพจิต สำนัก/กอง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางมานิดา สิงห์ขันธ์	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนัก/กอง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	Tel. 045352522 Mobile 0844106611 e-mail: Manidaew@gmail.com	พัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก
นางนันทิยา จีระทรัพย์	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนัก/กอง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	Tel. 045352522 Mobile 0896242911 e-mail: loogpla. ps@gmail.com	พัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวธีรภา ธาณี	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนัก/กอง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	Tel. 045 -352547 Mobile 0878716167 e-mail: teerapa_tha@hotmail.com	พัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก
นางลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนัก/กอง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	Tel. 045 -352547 Mobile 0963545465 e-mail: laddawan.tum@gmail.com	พัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก
นางพัชรินทร์ วรรณรักษ์	ตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 กรมสุขภาพจิต	Tel. 045352500 ต่อ 61594 Mobile 082-5935923 e-mail: linkginpug@gmail.com	พัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : Area based เขตสุขภาพที่ 10

หัวข้อ : พัฒนาการเด็กและจิตเวชเด็ก

ตัวชี้วัด :

1. ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน
2. ระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน รูปแบบ 3ร (รร., รพสต. , รพช.) อย่างน้อย ร้อยละ 50 ของโรงเรียนในพื้นที่

คำอธิบาย:

ผู้ป่วยสมาธิสั้น หมายถึง เด็กอายุระหว่าง 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention - deficit hyperactivity disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F 90.0-90.9 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ที่มารับบริการ สะสมตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2556 จนถึง ในปีงบประมาณ 2565

เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานของเด็กสมาธิสั้น หมายถึง การที่เด็กอายุระหว่าง 6-15 ปี ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ได้รับการบริการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับรพศ./รพท./รพช./รพสต. หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

ระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน รูปแบบ 3ร (รร., รพสต. , รพช.) หมายถึง การวางแผนการจัดกิจกรรมให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของ โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ในการสังเกตคัดกรอง การเข้าสู่ระบบการรักษาของกลุ่มเสี่ยงการดูแลช่วยเหลือในชั้นเรียน และการติดตามกลุ่มป่วยที่ต่อเนื่อง โดยมีแผนงาน เป้าหมาย ระยะเวลาดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
1. การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนการดำเนินงาน	1. การประชุมวางแผนรายจังหวัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1. ติดตามแผนงานโครงการที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาดำเนินการแก้ไข	1. มีแผนงานโครงการในการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย และการติดตาม
2. การสื่อสารเชิงนโยบาย	2. การประชุมชี้แจงแนวทางผู้รับผิดชอบ	2. ติดตามปัญหาอุปสรรคและให้คำปรึกษา	และการติดตามเด็กที่ต่อเนื่อง
3. การบูรณาการกับหน่วยงานอื่นเพื่อการเข้าถึง	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสถานบริการให้ได้ตามมาตรฐานการ	3. ติดตามผลการดำเนินงานตามกิจกรรม/ตัวชี้วัด	โดยมีระยะเวลาที่ชัดเจนและ

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>บริการที่ได้มาตรฐาน</p> <p>4. ผลการเข้าถึงบริการตามตัวชี้วัด</p>	<p>ให้บริการเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กโดยกำหนดเป้าหมายการคัดกรองดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในโรงเรียนสังกัดสพฐ. อย่างน้อยเด็กชั้นป.1, ป.2 ได้รับการคัดกรองร้อยละ 100 - ในโรงเรียนตชด. ทุกแห่งดำเนินการคัดกรองทุกชั้นเรียน ร้อยละ 100 		<p>การดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย</p> <p>2. คุณภาพการให้บริการได้มาตรฐาน</p> <p>3. ผลจากตัวชี้วัด</p>
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
<p>1. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน</p> <p>2. ผลการเข้าถึงบริการ</p>	<p>1. การดำเนินงานแบบบูรณาการในภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. การให้บริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กโดยกำหนดเป้าหมายการคัดกรองดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในโรงเรียนสังกัดสพฐ. อย่างน้อยเด็กชั้นป.1,ป.2 ได้รับการคัดกรองร้อยละ 100 - ในโรงเรียนตชด. ทุกแห่งดำเนินการคัดกรองทุกชั้นเรียน ร้อยละ 100 	<p>1. ติดตามปัญหาอุปสรรคและให้คำปรึกษา</p> <p>2. ติดตามผลการดำเนินงานตามกิจกรรม/ตัวชี้วัด</p> <p>3. พื้นที่ Best Practice</p>	<p>1. คุณภาพการให้บริการ</p> <p>2. ผลจากตัวชี้วัด</p> <p>3. Best Practice อย่างน้อยจังหวัดละ 1 พื้นที่</p>

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<ol style="list-style-type: none"> ประชุมชี้แจง มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามกิจกรรม (อบรมการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยรักษา) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ 30 ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน รูปแบบ 3ร (รร., รพสต. , รพช.) อย่างน้อย ร้อยละ 20 ของโรงเรียนในพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ 35 ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน รูปแบบ 3ร (รร., รพสต. , รพช.) อย่างน้อย ร้อยละ 30 ของโรงเรียนในพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ 40 ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน รูปแบบ 3ร (รร., รพสต. , รพช.) อย่างน้อย ร้อยละ 40 ของพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ 50 ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน รูปแบบ 3ร (รร., รพสต., รพช.) อย่างน้อย ร้อยละ 50 ของโรงเรียนในพื้นที่ Best Practice อย่างน้อย จังหวัดละ 1 พื้นที่

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

- ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน เป้าหมาย ร้อยละ 50

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

- ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 50

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นอายุ 6-15 ปี ในเขตสุขภาพ} \times 100}{\text{จำนวนประชากรประจำปี 2563 อายุ 6-15 ปี ในเขตสุขภาพ} \times 0.054}$$
- ระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน รูปแบบ 3ร (รร., รพสต. , รพช.) อย่างน้อย ร้อยละ 50 ของโรงเรียนในพื้นที่

จำนวนโรงเรียนที่ดำเนินการระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน รูปแบบ 3 ร (รร.,รพสต.,รพช.) X100
จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมสุขภาพจิต สำนัก/กอง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางมานิดา สิงห์ขี้จืด	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนัก/กอง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	Tel. 045352522 Mobile 084106611 e-mail: Manidaew@gmail.com	พัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก
นางนันทิยา จิระทรัพย์	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนัก/กอง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	Tel. 045352522 Mobile 0896242911 e-mail: loogpla. ps@gmail.com	พัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นางสาวธีราภา ธานี	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนัก/กอง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	Tel. 045 -352547 Mobile 0878716167 e-mail: teerapa_tha@hotmail.com	พัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก
นางลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนัก/กอง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	Tel. 045 -352547 Mobile 0963545465 e-mail: laddawan.tum@gmail.com	พัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก
นางพัชรินทร์ วรรณุรักษ์	ตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ	Tel. 045352500 ต่อ 61594 Mobile 082-5935923 e-mail: linkginpug@gmail.com	พัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

(Inspection Guideline)

เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ (Area based)

ประเด็น : โครงการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ ๑๐

ตัวชี้วัด :

๑. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับไม่เกินร้อยละ ๕
๒. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลอย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง
๓. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ร้อยละ ๑๐๐

คำนิยาม :

ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ ๕ จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัด อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร

กลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ ๕ จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัด อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร ที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มต้น ได้แก่ ผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการวินิจฉัยเรื่องท่อน้ำดี ระยะก่อนเป็นมะเร็ง (เริ่มพบพังผืด), ผู้ป่วยระยะที่ ๑ และ ระยะที่ ๒

อปท.ต้นแบบการจัดการสิ่งปฏิกูล หมายถึง อปท.ที่มีการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างต่อเนื่อง และเป็นแหล่งศึกษาดูงานของ อปท.หรือภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ได้

นิยามตัวชี้วัด

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับไม่เกินร้อยละ ๕ หมายถึง อัตราการติดเชื่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายจากการตรวจคัดกรองทั้ง ๒ รอบ

- กรณีที่อัตราการติดเชื่อรอบที่ ๑ มากกว่าร้อยละ ๕ ผลการติดเชื่อรอบที่ ๒ ติดเชื่อไม่เกินร้อยละ ๕
- กรณีที่อัตราการติดเชื่อรอบที่ ๑ น้อยกว่าร้อยละ ๕ ผลการติดเชื่อรอบที่ ๒ ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

ของรอบที่ ๑

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลอย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง หมายถึง ใน ๑ อำเภอมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างน้อย ๑ แห่งที่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล

- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ร้อยละ ๑๐๐ หมายถึง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ร่วมกับมีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- ๑) มีประวัติติดเชื่อพยาธิใบไม้ในตับ
- ๒) เคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ในตับ
- ๓) มีประวัติการกินปลาน้ำจืดแบบสุกๆดิบๆ หรือ

๔) มีญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งตับหรือท่อน้ำดี (เช่น บิดา มารดา พี่น้องร่วมสายโลหิต) ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ร้อยละ ๑๐๐

แนวทางการดำเนินงานคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ

๑. คัดเลือกตำบลที่มีอัตราการติดเชื้อสูงสุด อำเภอละ ๑ ตำบล (ดูจากข้อมูลการติดเชื้อย้อนหลังปี ๕๙ - ๖๔) เป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๑๐ จำนวน ๗๐ ตำบล

๒. ตำบลที่คัดเลือกจะต้องตรวจคัดกรองอุจจาระประชาชนในพื้นที่จำนวน ๒ รอบ รอบที่ ๑ ดำเนินงานในไตรมาส ๑ - ๒ และรอบที่ ๒ ดำเนินงานในไตรมาสที่ ๓ - ๔

โดยคำนวณกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับจากสูตร

$$\text{Prevalence Survey } n = \left\lceil \frac{Z_{\alpha}^2 (P) (1 - P)}{d^2} \right\rceil$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการคัดกรอง OV

Z_α = ๑.๙๖ (ช่วงแห่งความเชื่อมั่น = ๙๕%)

P = prevalence หรืออัตราความชุกของการติดเชื้อย้อนหลังปี ๕๙-๖๔ ในตำบลเป้าหมาย มีค่าระหว่าง ๐-๑ (๐-๑๐๐%)

d = ระดับความผิดพลาดที่ยอมรับได้ เช่น ๑.๕ %

เมื่อได้ ค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง (n) แล้ว นำมาคูณ ด้วย ๑.๕ เท่า เพื่อลดความผิดพลาดในกรณีที่เกิดขึ้นอย่าง อัจฉริยะได้ไม่ครบถ้วน

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างคัดกรอง OV ของตำบล} = n \times ๑.๕ \text{ เท่า}$$

(ดูตัวอย่างการคำนวณจำนวนกลุ่มเป้าหมายคัดกรอง OV ได้ที่ภาคผนวกส่วนท้าย)

สถานการณ์/ปัญหา

- พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีความความสัมพันธ์กันจากองค์ความรู้ที่สำคัญ คือ “การติดพยาธิใบไม้ตับนั้น ทำให้เกิดการอักเสบแบบเรื้อรังเป็นเวลานานในท่อน้ำดี โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับชนิด Opisthorchis Viverrini ที่พบในประเทศไทย เป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่ ๑ ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูงซึ่งเป็นประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ที่มีวัฒนธรรมการรับประทานปลาเมนูปรุงดิบที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะทำให้มีโอกาสติดพยาธิใบไม้ตับได้ พยาธินี้มีอายุยาวนาน ๒๕ ปี โดยมีคนเป็นโฮสต์ รวมถึงสุนัขและแมวซึ่งเป็นโฮสต์กักตุนโรคที่ส่งผ่านโรคสู่คนได้ เมื่อไข่พยาธิในอุจจาระคนและในมูลสัตว์รั่วโรครูกปล่อยลงสู่แหล่งน้ำที่มีหอยและปลาอยู่รวมกัน จะเป็นตัวส่งผ่านโรคพยาธิใบไม้ตับกลับมาสู่คนได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ควรต้องเร่งดำเนินการแก้ไข จากการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับใน ๒๗ จังหวัดเสี่ยง (ข้อมูลจาก Isan Cohort) พบว่า ในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ ๑๖.๓ , ๑๑.๗ , ๕.๗ และร้อยละ ๔.๗๓ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้าน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคสูงที่สุด จากการประมาณการ ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกว่า ๒๐ ล้านคนติดโรค หรือเคยติดโรคพยาธิใบไม้ตับกว่า ๖ ล้านคน หรือนับเป็นหนึ่งในสามของประชากรในภูมิภาค สอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในปี ๒๕๔๘ เมื่อ ๑๐ ปี ที่ผ่านมามีประมาณ

๒๕,๐๐๐ ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตวันละ ๗๐ ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๓ ราย ในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ จากสถิติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี คิดเป็น ๒๖.๓, ๒๕.๑ และ ๒๔.๓ ต่อแสนประชากร เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัว อายุระหว่าง ๔๐-๖๐ ปี ค่าใช้จ่ายในการรักษา (เฉพาะผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดี ICC) ๘๐,๐๐๐ บาท ต่อราย หรือประมาณ ๑,๙๖๐ ล้านบาท/ปี ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเริ่มต้น ปี (๒๕๕๙ - ๒๕๖๑) ขับเคลื่อนผ่านโครงการรณรงค์การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๙ เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปี ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๙ พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา การดำเนินงาน มี ๓ ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ กรมควบคุมโรคเป็นแกนกลางในการประสานงาน ประกอบด้วย ๑. อพท. เทศบาล/อบต. ออกข้อกำหนดการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล ส้วม ปลาปลอดพยาธิ อาหารปลอดภัย ๒. มีการตรวจ รักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันพยาธิใบไม้ตับ ๓. มีการเฝ้าระวังในสัตว์รังโรค (สุนัข แมว) หอย และปลา ๔. มีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ E-book พื้นที่เป้าหมาย ๒๗ จังหวัด และบันทึกข้อมูลทุกกิจกรรมในฐานข้อมูล Isan-cohort แผนดำเนินการ ระยะที่ ๒ เป็นช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๘ ยุทธศาสตร์ประกอบด้วย ๑) มาตรการเชิงนโยบายอย่างเข้มข้น ๒) เสริมสร้างความเข้มแข็ง เชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง ๓) พัฒนาคูณภาพการคัดกรอง การรักษา การส่งต่อทั้งระบบ ๔) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนองค์กรท้องถิ่น จัดการสิ่งแวดล้อม และดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ๕) การศึกษาวิจัยพัฒนาระบบฐานข้อมูล กำหนดเป้าหมาย อัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่ง ความชุกพยาธิใบไม้ตับในคนลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ ๑ ปลาปลอดพยาธิลดเหลือน้อยกว่าร้อยละ ๑

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผลการดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี สูงเป็นอันดับ ๑ ของประเทศติดต่อกันเป็นเวลา ๔ ปีซ้อน โดยในปี ๒๕๖๔ มีเป้าหมายตำบลจัดการสุขภาพเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน ๑๙๖ ตำบล ผลการดำเนินงานการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีตรวจอุจจาระ จำนวน ๖๗,๐๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๕๙ ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำนวน ๒,๒๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๓๑ ผลการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการอัลตราซาวด์ จำนวน ๓๓,๓๕๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๖๑ พบเป็นมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน ๕ ราย โดยกลุ่มโรคติดต่อ สคร.๑๐ อุบลฯ ให้การสนับสนุนวิทยากรการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ของทั้ง ๕ จังหวัดในเขตรับผิดชอบ ในการตรวจหาไข่พยาธิ การพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัว/แกนนำ อสม. ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แต่ยังมีช่องว่างในการพัฒนา คือ ๑) บางพื้นที่ยังพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเกินค่าเป้าหมาย ๒) ขาดกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงและเยาวชน ๓) บางพื้นที่ไม่ได้ประเมินการติดเชื้อซ้ำในพื้นที่ที่เคยดำเนินการตรวจคัดกรอง ๔) โรงพยาบาลชุมชนขาดแพทย์ที่สามารถดำเนินการตรวจอัลตราซาวด์ เนื่องจากเป็นแพทย์หมุนเวียนหรือไปเรียนต่อเฉพาะทาง ๕) บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลไม่เพียงพอ

ปี ๒๕๖๕ เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเป้าหมายที่จะขยายพื้นที่ดำเนินงานกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใน ๕ จังหวัด ให้ครบทุกตำบล โดยการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก เน้นการสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้นำชุมชน และเยาวชน ติดตามการดำเนินงานสร้างบ่อบำบัดและสิ่งปฏิกูลให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งประเมินการติดเชื้อซ้ำในพื้นที่ ดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์แบบบูรณาการทั้งงานงบประมาณ บุคลากร ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ซึ่งจะสามารถแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อลดโรคสู่ความยั่งยืน ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขภาพดีต่อไป

มาตรการ/แนวทาง ของกรมที่เกี่ยวข้อง

มาตรการที่ ๑ การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือมาตรการทางสังคม ในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิภูล เพื่อลดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบลมีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียน โดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ

มาตรการที่ ๒ การควบคุมป้องกัน หมายถึงมีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดเชื้อโดยให้ดำเนินงาน หาปัญหาในพื้นที่ใหม่

มาตรการที่ ๓ การรักษาพยาบาล หมายถึงมีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยด้วยการทำ CT หรือ MRI และเข้าสู่กระบวนการรักษา ลงข้อมูลในทะเบียนมะเร็งต่อไป

มาตรการที่ ๔ การดูแลรักษา หมายถึงการผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย มะเร็งท่อน้ำดีพร้อมลงข้อมูลในทะเบียนมะเร็งต่อไป ส่งต่อให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มาตรการที่ ๕ การสื่อสารสาธารณะ หมายถึงตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างกระแสสังคม ในการลด เลิก การบริโภคปลาดิบ และการสร้างความรอบรู้

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
๑. ประชาชน ตำบลเป้าหมาย ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไม่เกิน ร้อยละ ๕ (เป้าหมาย ภาพรวมโครงการ อัตราการติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับร้อยละ ๑ ในปี ๒๕๖๘)	<p>มาตรการที่ ๑ การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงตำบลมีการดำเนินการออกและ บังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือ มาตรการทางสังคม ในการจัดการ สิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิภูล เพื่อลดการ แพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบล มีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตาม หลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตร แกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ</p> <p>มาตรการที่ ๒ การควบคุมป้องกัน หมายถึง มีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ใน ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป โดยการตรวจ อุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมทุกรายที่ติดเชื้อโดยให้ดำเนินงาน หาปัญหาในพื้นที่ใหม่</p> <p>มาตรการที่ ๕ การสื่อสารสาธารณะ หมายถึง ตำบลมีการจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้าง กระแสสังคมในการลด เลิก การบริโภคปลา</p>	<p>ความสำเร็จของการ ดำเนินงานตามค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด</p> <p>๑ ร้อยละประชาชนกลุ่ม เป้าหมาย ได้รับการตรวจคัด กรองโรคพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>๒. ผลการดำเนินงานตาม มาตรการ OVCCA ปี ๒๕๖๕ รายไตรมาสอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๓. อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ ้ตับในประชาชนตำบล เป้าหมาย</p> <p>แนวทางการตรวจ ติดตาม</p> <p>๑. มีการรายงานผลการ ดำเนินงานทุกเดือนในการ ประชุมผู้ตรวจราชการฯ</p> <p>๒. มีการติดตามจังหวัดที่ ดำเนินงานตำบลจัดการ</p>	<p>๑. ประชาชนตำบล เป้าหมายติดเชื้อพยาธิ ใบไม้ตับไม่เกินร้อยละ ๕</p> <p>๒. ความก้าวหน้าและ ความสำเร็จในการ ดำเนินงาน ตำบล จัดการสุขภาพในการ เผื่อระวัง ป้องกันแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ ้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ดิบ และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเด็นพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ให้กับบุคลากร นักเรียน และชุมชน	สุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี โดยผู้ตรวจราชการฯ อย่างต่อเนื่อง	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนงาน/โครงการ เพื่อดำเนินการ ในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย - วิเคราะห์ข้อมูล/ประเมินความเสี่ยง เช่น คุณลักษณะส่วนบุคคล, พฤติกรรมและปัจจัยที่เอื้อต่อการติดเชื้อฯ - สื่อสารทำความเข้าใจ/ประชุม ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน ให้แก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - ถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่อง OVCCA ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ - ประชาชนตำบลเป้าหมาย ได้รับการ ตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อย ละ ๓๐ -๕๐ ของเป้าหมายที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนตำบลเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองโรค พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๑๐๐ ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ที่กำหนด - ถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่อง OVCCA ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ให้ประชาชนกลุ่ม เสี่ยงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ - ดำเนินกิจกรรมตามมาตรการ OVCCA ปี ๒๕๖๕ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตรวจรอบ ๒ เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของรอบที่ ๑ ผล การติดเชื้อไม่เกินร้อยละ ๕ - กรณีที่อัตราการติดเชื้อ รอบที่ ๑ น้อยกว่าร้อยละ ๕ ผลการติดเชื้อรอบที่ ๒ ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ - ดำเนินกิจกรรมตาม มาตรการ OVCCA ปี ๒๕๖๕ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการตรวจรอบ ๒ เป้าหมายไม่น้อย กว่าร้อยละ ๙๐ ของ รอบที่ ๑ ผลการติด เชื้อไม่เกินร้อยละ ๕ - กรณีที่อัตราการติด เชื้อรอบที่ ๑ น้อย กว่าร้อยละ ๕ ผลการ ติดเชื้อรอบที่ ๒ ลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๒. องค์กรปกครอง ส่วน ท้องถิ่นมีระบบ บำบัดสิ่งปฏิกูล อย่างน้อย อำเภอละ ๑ แห่ง	<ul style="list-style-type: none"> ๑.มีการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ๒.มีการสำรวจสถานการณ์ความ พร้อมในการก่อสร้างระบบบำบัดสิ่ง ปฏิกูลของ อปท.ในพื้นที่ 	๑.ข้อมูล สถานการณ์การ จัดการสิ่งปฏิกูลของ องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในและสถานการณ์ ความพร้อมในการก่อสร้าง ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของ อปท.ในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> ๑.องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลอย่าง น้อย อำเภอละ ๑ แห่ง ๒.อปท.ที่มีระบบบำบัดสิ่ง ปฏิกูล(ก่อนปี ๒๕๖๕) ผ่านการ ประเมินการพัฒนาคุณภาพ บริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นการจัดการสิ่งปฏิกูล

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>๓.มีการสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานในพื้นที่</p> <p>๔.มีการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการระดับต่างๆ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ) คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด(คสจ) คณะกรรมการปฏิรูปและมูลฝอยจังหวัด เป็นต้น</p> <p>๕.มีการสนับสนุนความรู้และ/หรือแนวทางการจัดการสิ่งปฏิกูลให้ถูกหลักสุขาภิบาล</p> <p>๖.มีการพัฒนาศักยภาพองค์ปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) มาใช้ในการจัดการสิ่งปฏิกูล</p>	<p>๒.รูปแบบการขับเคลื่อนงานเพื่อให้มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</p> <p>๓.การสนับสนุนความรู้และ/หรือแนวทางการจัดการจัดการสิ่งปฏิกูลให้ถูกหลักสุขาภิบาลให้กับผู้รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานสาธารณสุขและผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>๔.อปท.ที่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลมีการประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นการจัดการสิ่งปฏิกูล(EHA ๓๐๐๒)</p>	<p>(EHA ๓๐๐๒) ระดับพื้นฐานขึ้นไป</p> <p>๓.มี อปท.ต้นแบบการจัดการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง</p>

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑.อำเภอที่ยังไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล			
<p>๑.มีเป้าหมาย อปท.ที่จะดำเนินการก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล อย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง</p> <p>๒.มีสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อบัญญัติท้องถิ่น - รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ - จำนวนระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล - จำนวนผู้ประกอบการสุบสิ่งปฏิกูล - ข้อมูลพื้นที่เสี่ยง OVCCA 	<p>๑.มีการติดตามความก้าวหน้า อปท.เป้าหมายในการก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องเช่น ข้อบัญญัติท้องถิ่น งบประมาณ สถานที่ก่อสร้าง แบบแปลน ระยะเวลาในการดำเนินงาน เป็นต้น</p> <p>๒.มีการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการระดับต่างๆ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ)</p>	<p>๑.อปท.เป้าหมาย มีความก้าวหน้าในการก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการนำประเด็นการก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลเข้าพิจารณาในสภาท้องถิ่น - มีการประชาคมชุมชน - มีการศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบ เป็นต้น 	<p>- ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอที่ยังไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล มีองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นที่มีการบรรจุแผนก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลอย่างน้อย ๑ แห่ง/อำเภอ หรือมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลอย่างน้อย ๑ แห่ง/อำเภอ</p>

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
เป็นต้น	คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ) คณะกรรมการปฏิรูปและ มูลฝอยจังหวัด เป็นต้น		
๒.อำเภอที่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล			
๑.มีข้อมูลสถานการณ์การใช้งาน ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในแต่ละ อปท.	๑.ร้อยละ ๑๐๐ ของ อปท.ที่มี ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ได้รับการ <u>พัฒนาศักยภาพ</u> เพื่อดำเนินงาน พัฒนาคูณภาพระบบบริการ อนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นการ จัดการสิ่งปฏิกูล (EHA ๓๐๐๒) ๒.ร้อยละ ๑๐๐ ของ อปท.ที่มี ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล สมัครเข้า รับการประเมินตามมาตรฐาน (EHA ๓๐๐๒)	๑.ร้อยละ ๑๐๐ อปท. ที่มีระบบบำบัดสิ่ง ปฏิกูล(ก่อนปี ๒๕๖๕) ผ่านการประเมินการ พัฒนาคูณภาพบริการ ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม ประเด็น การจัดการสิ่งปฏิกูล (EHA ๓๐๐๒) ระดับพื้นฐานขึ้นไป	๑.มีต้นแบบการ ดำเนินงานอย่างน้อย จังหวัดละ ๑ แห่ง

อปท.ต้นแบบการจัดการสิ่งปฏิกูล หมายถึง อปท.ที่มีการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างต่อเนื่อง และเป็นแหล่งศึกษา ดูงานของ อปท.หรือภาคีเครือข่ายอื่นๆได้

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๓. ประชาชนกลุ่ม เสี่ยงตามเกณฑ์อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการ ตรวจด้วยวิธีอัตรา ชาวต์ ร้อยละ ๑๐๐	มาตรการที่ ๓ การรักษาพยาบาล หมายถึงมีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่เป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยกำเนิด ร่วมกับมี อาการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ ๑) มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ๒) เคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ในตับ ๓) มีประวัติการกินปลาน้ำจืดแบบ สุกๆดิบๆ หรือ ๔) มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (เช่น บิดา มารดา พี่น้องร่วม สายโลหิต) ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วย วิธีอัตราชาวต์	ติดตามอัตราการตรวจคัดกรอง ในการตรวจหามะเร็งท่อน้ำดี โดยการตรวจด้วยวิธีอัตราชาวต์ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่เป็นคนภาค ตะวันออกเฉียงเหนือโดย กำเนิด ร่วมกับมีอาการข้อใด ข้อหนึ่งดังนี้ ๑) มีประวัติติด เชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ๒) เคย กินยาฆ่าพยาธิใบไม้ในตับ ๓) มีประวัติการกินปลาน้ำจืด แบบสุกๆดิบๆ หรือ ๔) มีญาติ สายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (เช่น บิดา มารดา พี่น้องร่วม สายโลหิต)	เกณฑ์เป้าหมาย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตาม เกณฑ์อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจ ด้วยวิธีอัตราชาวต์ ร้อยละ ๑๐๐ คำนวณจาก : (A/B) x ๑๐๐ A = ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตาม เกณฑ์อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจ ด้วยวิธีอัตราชาวต์ B = ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตาม เกณฑ์อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ทั้งหมด

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์อายุ ๔๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ \geq ร้อยละ ๔๐	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์อายุ ๔๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ \geq ร้อยละ ๖๐	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์อายุ ๔๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ \geq ร้อยละ ๘๐	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์อายุ ๔๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ร้อยละ ๑๐๐

ผู้ประสานงานประเด็น/ตัวชี้วัด (ผู้ประสานหลัก)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์ดนัย เจียรกุล	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี	โทรศัพท์: ๐-๔๕๒๖-๒๔๐๐ มือถือ : ๐-๘๑๘๗๘-๓๗๒๔ e-mail: djearakoon@gmail.com	การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ
นางเกศรา แสนศิริทวีสุข	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี	โทรศัพท์ : ๐-๔๕๒๖-๒๔๐๐ มือถือ : ๐๘-๑๕๔๗-๖๙๓๔ โทรสาร : ๐-๔๕๒๖-๕๑๘๘ e-mail: getsaraepid๗@gmail.com	การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ
แพทย์หญิงชุติวรรณ วิวัฒนาสิทธิพงศ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์	โทรศัพท์ : ๐-๔๕๓๑-๗๑๓๓ มือถือ : ๐๘-๑๘๗๙-๗๖๙๘ E-mail : chutiwanub@yahoo.com	การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี โดยการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์
นางไฉไล ช่างดำ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี	โทรศัพท์ : ๐-๔๕๒๕-๑๒๖๔ มือถือ : ๐๘-๕๓๐๓-๙๙๙๑ โทรสาร : ๐-๔๕๒๕-๑๒๗๐ email: Chailai_ubon@hotmail.co.th	ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายวันชัย สีหะวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี	โทรศัพท์ : ๐-๔๕๒๖-๒๔๐๐ มือถือ : ๐๘-๑๘๑๔-๑๐๑๘ โทรสาร : ๐-๔๕๒๖-๕๑๘๘ E-mail: natam๐๐๗@yahoo.com	การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นางสาววัชรภรณ์ วงศ์คุณ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี	โทรศัพท์ : ๐-๔๕๒๖-๒๔๐๐ มือถือ : ๐๙-๕๖๕๑-๑๑๒๙ โทรสาร : ๐-๔๕๒๖-๕๑๘๘ E-mail: earn_cmp11@hotmail.com	การคัดกรอง พยาธิใบไม้ตับ
นายบุญเกิด เชื้อธรรม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ จังหวัด อุบลราชธานี	โทรศัพท์ : ๐-๔๕๒๕-๑๒๖๔ มือถือ : ๐๘-๓๔๒๑-๖๑๔๙ โทรสาร : ๐-๔๕๒๕-๑๒๗๐ e-mail: :kerd๐๐๗@gmail.com	ระบบบำบัดสิ่ง ปฏิกูล
นางสาวสุวิชา ลาสา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์	โทรศัพท์ : ๐-๔๕๓๑-๗๑๓๓ มือถือ : ๐๘-๙๗๑๙-๖๑๔๖ E-mail : suwicha.lasa@gmail.com	การคัดกรอง มะเร็งท่อน้ำดี โดยการตรวจ ด้วยวิธี อัลตราซาวด์

ภาคผนวกส่วนท้าย

ตัวอย่างการคำนวณกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับจากสูตร

๑) Prevalence Survey
$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 (P)(1 - P)}{d^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการคัดกรอง OV

Z α = ๑.๙๖ (ช่วงแห่งความเชื่อมั่น = ๙๕%)

P = prevalence หรืออัตราความชุกของการติดเชื้อย้อนหลังปี ๕๙-๖๔ ในตำบลเป้าหมาย มีค่าระหว่าง ๐-๑ (๐-๑๐๐%)

d = ระดับความผิดพลาดที่ยอมรับได้ เช่น ๑.๕ %

๒) จำนวนกลุ่มตัวอย่างคัดกรอง OV ของตำบล = n x ๑.๕ เท่า

ตัวอย่าง

- อัตราความชุกภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในปีที่ผ่านมาเท่ากับ ๓.๓ %
หรือเท่ากับ ๓.๓ / ๑๐๐ = ๐.๐๓๓
- ค่าความเชื่อมั่น (Z α) = ๙๕% หรือเท่ากับ ๑.๙๖
- ระดับความผิดพลาดที่ยอมรับได้ เช่น ๑.๕ % หรือเท่ากับ ๑.๕ / ๑๐๐ = ๐.๐๑๕

แทนค่า

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.033 \times (1 - 0.033)}{0.015^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.033 \times 0.967}{0.000225}$$

$$n = \frac{0.12266}{0.000225}$$

$$n = ๖๑๓$$

ลดความผิดพลาดในการเก็บตัวอย่างอาจจะไม่ครบถ้วน คุณ n ด้วย ๑.๕ เท่าจะได้
จำนวนกลุ่มเป้าหมายคัดกรองของตำบล = ๙๒๐ คน

เขตสุขภาพที่ ๑๑

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๒ Area based : NCD (Cardiovascular disease)

หัวข้อ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

คำนิยาม

๑. ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA๑c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์
๒. ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD ๑๐ = E๑๐ - E๑๔ และ Type area = ๑ และ ๓
๓. ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท. ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่
๔. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I๑๐ - I๑๕ และ Type area = ๑ และ ๓

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
<p><u>NCD Clinic Plus</u> สถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๑๐๐</p>	<p>การพัฒนาระบบบริการในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>	<p><u>๑.ระบบข้อมูล</u> - ข้อมูลผลการประเมิน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ ในปี ๒๕๖๔ เพื่อเร่งรัดขับเคลื่อน</p> <p><u>๒.กิจกรรมสำคัญ</u> - มีการกำหนดทิศทางนโยบายและถ่ายทอดให้รับทราบภายในเครือข่าย</p> <p>- มีแผนพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ</p> <p>- มีการประเมิน NCD Clinic Plus ของปี ๒๕๖๕</p> <p><u>๓.การติดตามผล</u> - ติดตามให้สถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus</p> <p>- สถานบริการผ่านการประเมิน NCD Clinic Plus ในระดับดีขึ้นไป</p> <p>-</p>	<p>สถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๑๐๐ โดยการประเมินตนเอง</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p><u>กลุ่มผู้ป่วย DM/HT เข้าถึงบริการดูแลรักษาครบทุกมิติ</u></p> <p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐</p> <p>๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๖๐</p>	<p>๑. มาตรการการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน - การจัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT <p>๒. มาตรการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง</p> <p>๓. มาตรการเร่งรัดติดตาม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามระดับน้ำตาลโดยการตรวจ HbA๑C - ติดตามระดับความดันโลหิต 	<p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน รับบริการที่สถานบริการ - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled) - ข้อมูลผลการวิเคราะห์รูปแบบของการควบคุมไม่ได้และปัจจัยสาเหตุของการที่ควบคุมไม่ได้ <p>๒. กิจกรรมสำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นประจำ ได้รับบริการดูแลรักษา ตามมาตรฐาน - ผู้ป่วยขาดนัด หรือมารับบริการเพียงครั้งเดียว ต้องได้รับการค้นหาและติดตามเพื่อเข้ารับบริการและวิเคราะห์ปัญหารายบุคคล - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงและให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยง - มีการดำเนินงานการจัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT อย่างน้อย ๒ Intervention <p>๓. การติดตามผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามระดับน้ำตาลในผู้ป่วย DM โดยการตรวจ HbA๑C - ติดตามระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย HT 	<p>๑. มีทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย</p> <p>๒. แผนการให้บริการ DM/HT</p> <p>๓. แผนการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>๓. แผนการติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วย DM โดยการตรวจ HbA๑C และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย HT</p>
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
<p><u>NCD Clinic Plus</u></p> <p>สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐</p>	<p>การพัฒนาบริการในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>	<p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลผลการประเมิน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ ในปี ๒๕๖๔ เพื่อเร่งรัดขับเคลื่อน <p>๒. กิจกรรมสำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย และถ่ายทอดให้รับทราบ 	<p>สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับดีขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		<p>ภายในเครือข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ - มีการประเมิน NCD Clinic Plus ของปี ๒๕๖๕ <p><u>๓. การติดตามผล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามให้สถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus - สถานบริการผ่านการประเมิน NCD Clinic Plus ในระดับดีขึ้น 	
<p><u>กลุ่มผู้ป่วย DM/HT เข้าถึงบริการดูแลรักษาครบทุกมิติ</u></p> <p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐</p> <p>๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๖๐</p>	<p>๑. มาตรการการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน - การจัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT <p>๒. มาตรการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง</p> <p>๓. มาตรการเร่งรัดติดตาม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามระดับน้ำตาลโดยการตรวจ HbA๑C - ติดตามระดับความดันโลหิต 	<p>๑. <u>ระบบข้อมูล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน รับบริการที่สถานบริการ - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled) - ข้อมูลผลการวิเคราะห์รูปแบบของการควบคุมไม่ได้และปัจจัยสาเหตุของการที่ควบคุมไม่ได้ <p>๒. <u>กิจกรรมสำคัญ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีรับบริการเป็นประจำ ได้รับบริการดูแลรักษา ตามมาตรฐาน - ผู้ป่วยขาดนัด หรือมารับบริการเพียงครั้งเดียว ต้องได้รับการค้นหาและติดตามเพื่อเข้ารับบริการและวิเคราะห์ปัญหารายบุคคล - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงและให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยง - มีการดำเนินการการจัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT อย่างน้อย ๒ Intervention <p>๓. <u>การติดตามผล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามระดับน้ำตาลใน 	<p>๑. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ \geq ร้อยละ ๔๐</p> <p>๒. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ \geq ร้อยละ ๖๐</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ผู้ป่วย DM โดยการตรวจ HbA _{1c} - ติดตามระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วย HT	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. มีแผนปฏิบัติการดำเนินงาน และติดตามการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ๒. ชี้แจงและถ่ายทอดแนว ทางการดำเนินงานพัฒนา คุณภาพ NCD Clinic Plus	เร่งรัดการบันทึกข้อมูลประเมิน ตนเองในระบบออนไลน์	รายงานผลประเมินตนเอง และผลลัพธ์การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของ สถานบริการสาธารณสุข	สรุปผลการประเมินรับรอง NCD Clinic Plus ของ สถานบริการสาธารณสุข ทางระบบออนไลน์ และ สรุปผลลัพธ์การ ดำเนินงานระดับดีขึ้นไป ระดับจังหวัดและเขต
วางแผนให้กลุ่มป่วย DM/HT เข้าถึงบริการดูแลรักษาครบ ทุกมิติ	๑. ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงาน/ตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๕ ๒. ติดตามผู้ป่วยเบาหวานให้ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลใน เลือด ๓. ติดตามผู้ป่วยความดันโลหิต สูงให้ได้รับการตรวจความดัน โลหิตให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ๔. ประสาน อปท.ให้สนับสนุน เครื่องตรวจวัดความดันโลหิต ให้กับพื้นที่	๑. เร่งรัดปรับเปลี่ยน พฤติกรรม โดยใช้ ๓ อ. ๒ ส. ๒. เร่งรัดผลการดำเนินงาน ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้	๑. การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ๒. สรุป วิเคราะห์ วางแผนแก้ไขผลการ ดำเนินงานรอบ ๙ เดือน ที่ผ่านมา

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

- ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. เบาหวาน = (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

๒. ความดันโลหิตสูง = (C/D) x ๑๐๐

C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางอรอนงค์ เอี่ยมขำ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑	Tel. ๐๘๓๑๐๒๕๗๕๕ e-mail : oranong.koy@gmail.com	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมได้
นางสาวกรรณิกา สุวรรณ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑	Tel. ๐๘๑-๘๙๒๔๙๒๓ e-mail : pukannika๒๒@yahoo.com	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมได้
นางสาววลัยลักษณ์ สิทธิธรรม	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑	Tel. ๐๘๔-๖๖๓๓๘๘๗ e-mail : walailuck_sit@hotmail.com	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมได้

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางอรอนงค์ เอี่ยมขำ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑	Tel. ๐๘๓-๑๐๒๕๗๕๕ e-mail : oranong.koy@gmail.com	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมได้
นางสาวกรรณิกา สุวรรณ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑	Tel. ๐๘๑-๘๙๒๔๙๒๓ e-mail : pukannika๒๒@yahoo.com	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมได้
นางสาววลัยลักษณ์ สิทธิธรรม	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑	Tel. ๐๘๔-๖๖๓๓๘๘๗ e-mail : walailuck_sit@hotmail.com	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมได้
นางสาวกชกร กองไธสง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑	Tel. ๐๘๗-๘๖๘๘๔๒๖ e-mail : kotchakorn@hotmail.com	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมได้

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกก. กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๓ : Area based : marine health region ๑๑

หัวข้อ การพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล

ตัวชี้วัดหลัก : ๑.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล มากกว่า ๗๐%

ตัวชี้วัดรอง : ๑.ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (Triage Level ๑) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Triage Level ๒) ในพื้นที่ทางทะเล เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) มากกว่า ๖๐%

๒. มีเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมแนวทางระบบสาธารณสุขทางทะเล ในเขตสุขภาพที่ ๑๑ อย่างน้อยจังหวัดละ ๒ คน ครบทุกจังหวัดภายใน ๑๒ เดือน (วัดระดับเขตสุขภาพ)

(๓ จังหวัด : ๖ เดือน , ครบ ๗ จังหวัด : ๑๒ เดือน)

๓. มีการซ้อมแผน EMS ทางทะเล (Table-top Exercise ,On Site) ครบทุกจังหวัดภายใน ๑๒ เดือน (วัดระดับเขตสุขภาพ) (๓ จังหวัด : ๖ เดือน , ครบ ๗ จังหวัด : ๑๒ เดือน)

คำนิยาม

๑) การพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล หมายถึง การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ทางทะเล ประกอบด้วย ๓ กลยุทธ์หลัก ได้แก่

กลยุทธ์ที่ ๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางทะเล (Maritime EMS) โดยการบูรณาการเครือข่ายเพื่อการดูแล ช่วยเหลือ ประชาชน นักท่องเที่ยวที่ประสบเหตุภาวะวิกฤติฉุกเฉินในพื้นที่ทางทะเลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ทางทะเล (Maritime Service)

กลยุทธ์ที่ ๓ การพัฒนาระบบป้องกัน ควบคุมโรค สำหรับประชาชนในพื้นที่ทางทะเล (Maritime Health Prevention and Protection)

๒) พื้นที่ทางทะเล หมายถึง พื้นที่ในทะเล พื้นที่ติดชายฝั่งทะเล และพื้นที่เกาะ

๓) ประชาชนในพื้นที่ทางทะเล หมายถึง ประชาชนคนไทย ต่างชาติ ต่างด้าว นักท่องเที่ยวชาวไทย และชาวต่างประเทศทุกกลุ่มสิทธิการรักษาพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ทางทะเล

๔) เหตุฉุกเฉินในพื้นที่ทางทะเล หมายถึง การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญทางทะเล ได้แก่

๑) กลุ่มอุบัติเหตุ ได้แก่ จมน้ำ (T๗๕.๑, W๖๕ – W๗๔) , สัมผัสแมงกะพรุน (T๖๓.๖, X๒๖) , โรคน้ำหนึบ (Decompression sickness) (T๗๐.๓ , W๙๔) , บาดเจ็บภายนอก (T๗๐.๓)

๒) กลุ่มเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST Elevated Myocardial Infarction : STEMI) (I๒๑.๓) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (I๖๔)

๕) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๔

๖) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน หมายถึง บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๔

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
การพัฒนาตามประเด็นใน value chain ต้นน้ำ	Safety Beach - วิเคราะห์ความเสี่ยงริมชายหาด - ระบบแจ้งเตือนจุดเสี่ยงริมชายหาด - อุปกรณ์การแพทย์ฉุกเฉินริมชายหาด - อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขริมชายหาด - คกก.สาธารณสุขทางทะเลบูรณาการ Safety Trip - คัดกรองนักท่องเที่ยวก่อนลงเรือตามแนวทางเฝ้าระวังโรค Covid ๑๙ - การให้ความรู้/การปฏิบัติตัวบนเรือ - อุปกรณ์การแพทย์ฉุกเฉินบนเรือ - อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขบนเรือ - คกก.สาธารณสุขทางทะเลบูรณาการ	Matrix scoring inspection การพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล โดยติดตามและประเมินการดำเนินงานตาม Key Strategic Intervention และ Key Operative Indicator ในส่วนต้นน้ำ	๑.Safety Beach คุณภาพ มากกว่า ๗๐% (๑๔ จาก ๒๐ คะแนน) ๒.Safety Trip คุณภาพ มากกว่า ๗๐% (๑๔ จาก ๒๐ คะแนน)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
การพัฒนาตามประเด็นใน value chain กลางน้ำ	การเข้าถึงระบบสาธารณสุขทางทะเล ได้แก่ - แจ้งเหตุฉุกเฉินทางทะเลผ่าน หมายเลข ๑๖๖๙ - คุณภาพในการ First aid ทางทะเล - Pre Hospital Online & Offline Medical Direction - การซ้อมแผน EMS ทางทะเล - ทีมกู้ภัยทางทะเล (๑ ตำบล/๑ ทีม) - ทีมกู้ชีพทางทะเล (๑ รพ. พื้นที่ทางทะเล/๑ ทีม) - รพ.สต./ รพ. พื้นที่ทางทะเลพร้อมรับเหตุ - ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ ทางทะเล จังหวัด / ภาค - Dispatch time ทางทะเล <๒ นาที	Matrix scoring inspection การพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล โดยติดตามและประเมินการดำเนินงานตาม Key Strategic Intervention และ Key Operative Indicator ในส่วนกลางน้ำ	๑) การเข้าถึงระบบสาธารณสุขทางทะเล อย่างทั่วถึง ๒) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Level ๑ & ๒) ใน พื้นที่ทางทะเล เข้าถึง EMS > ๖๐% ๓) มีการซ้อมแผน EMS ทางทะเล (TTX, on site) ทุกจังหวัด

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
การพัฒนาตามประเด็นใน value chain ปลายน้ำ	คุณภาพระบบสาธารณสุขทางทะเล ได้แก่ - CPG โรคสำคัญพื้นที่ทะเลสำหรับ รพ.สต. / รพ. - Telemedicine - ระบบส่งต่อ/ดูแลระหว่างส่งต่อ ในพื้นที่ทางทะเล - เครื่องช่วย Hyperbaric chamber - ระบบจัดเก็บข้อมูล Maritime / ทบทวน case - ระบบพี่เลี้ยง แม่ข่าย – ลูกข่าย รพ. พื้นที่ทะเล	Matrix scoring inspection การพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล โดยติดตามและประเมินการดำเนินงานตาม Key Strategic Intervention และ Key Operative Indicator ในส่วนปลายน้ำ	๑) เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมแนวทางระบบสาธารณสุขทางทะเล ในเขตสุขภาพที่ ๑๑ จังหวัดละ ๒ คน ๒) ความสำเร็จในการพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต
การพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรค สำหรับประชาชนในพื้นที่ทางทะเล	- ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ พื้นที่ทางทะเล - Epidemiological Investigation (outbreak) - ความพร้อมทีม SRRT ในพื้นที่ทางทะเล	Matrix scoring inspection การพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล โดยติดตามและประเมินการดำเนินงานตาม Key Strategic Intervention และ Key Operative Indicator	ระบบป้องกันควบคุมโรคสำหรับประชาชนในพื้นที่ทางทะเลที่มีประสิทธิภาพ

Small Success ตัวชี้วัดหลัก

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	-	-	๗๐%

Small Success ตัวชี้วัดรอง

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	๖๐%	-	๖๐%

สูตรคำนวณตัวชี้วัดหลัก

ความสำเร็จในการพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล (มากกว่า ๗๐%) ดำเนินงานตาม Key Strategic Intervention และ Key Operative Indicator แต่ละประเด็น ตาม Matrix Scoring Inspection การพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล (รวม ๒๔ ประเด็น ๙๖ คะแนน) และ Dispatch time ภายใน ๒ นาที (๔ คะแนน) รวม ๑๐๐ คะแนน แต่ละจังหวัดดำเนินการได้ตั้งแต่ ๗๐ คะแนนขึ้นไป

สูตรคำนวณตัวชี้วัดรอง

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (Triage Level ๑) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Triage Level ๒) ในพื้นที่ทางทะเล เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) มากกว่า ๖๐%

A : ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (Triage Level ๑) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Triage Level ๒) ในพื้นที่ทางทะเล ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS)

B : ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (Triage Level ๑) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Triage Level ๒) ในพื้นที่ทางทะเล ที่มาโรงพยาบาลทั้งหมด

$$\text{การคำนวณ} = A / B * ๑๐๐\%$$

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: เขตสุขภาพที่ ๑๑ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.ปฏิพล หอมหวล	นายแพทย์ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พังงา	Tel ๐๘๔-๘๔๗๘๙๙๒	การพัฒนาระบบ สาธารณสุขทางทะเล
พญ.ชัชฎาภรณ์ ไกรศรพรสรร	แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ทางทะเล รพ.วชิระภูเก็ต		การพัฒนาระบบ สาธารณสุขทางทะเล
นางนงนุช จตุราบัณฑิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พังงา	Tel. ๐๘๙-๗๒๕๕๑๘๗ nucho๘@gmail.com	การพัฒนาระบบ สาธารณสุขทางทะเล
นางสิริลักษณ์ เกิดลาภ	นักวิเคราะห์แผนและนโยบาย ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พังงา	Tel. ๐๘๘ - ๗๖๘๔๗๕๔ nongsiri@gmail.com	การพัฒนาระบบ สาธารณสุขทางทะเล

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ / e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.ปฏิพล หอมหวล	นายแพทย์ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพังงา	Tel ๐๘๔-๘๔๗๘๙๙๒	การพัฒนาระบบ สาธารณสุขทางทะเล
นางนงนุช จตุราบัณฑิต	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพังงา	Tel. ๐๘๙-๗๒๕๕๑๘๗ nucho๘@gmail.com	การพัฒนาระบบ สาธารณสุขทางทะเล

Matrix Scoring Inspection การพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

Matrix Scoring Inspection : การพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล เขตสุขภาพที่ 11							
Value chain	ต้นน้ำ 32	กลางน้ำ 32	ปลายน้ำ 36				
Objectives	ระบบความปลอดภัยทางทะเล		การเข้าถึงระบบสาธารณสุขทางทะเล	คุณภาพระบบสาธารณสุขทางทะเล			
Service / Management	วิเคราะห์ความเสี่ยงริมชายหาด ระบบแจ้งเตือนจุดเสี่ยงริมชายหาด คัดกรองนักท่องเที่ยวก่อนลงเรือ การให้ความรู้/การปฏิบัติบนเรือ	แจ้งเหตุฉุกเฉินทางทะเลผ่านหมายเลข 1669 คุณภาพในการ First aid ทางทะเล Pre Hos.Online&Offline Med.Direction การซ้อมแผน EMS ทางทะเล 100%	CPG โรคสำคัญพื้นที่ทะเลสำหรับ รพ.สต./รพ. Telemedicine ระบบส่งต่อ/ดูแลระหว่างส่งต่อ พื้นที่ทางทะเล Epidemiological Investigation(outbreak)	Key Strategic Intervention	Key Result Indicator	Key Operative Indicator	
Output/Outcome Impact / PA	Safety Beach คุณภาพ Safety Trip คุณภาพ	Dispatch time ทางทะเล < 2 นาที L.1&2 พื้นที่ทางทะเล เข้าถึง EMS > 60%	จันท.อบรมระบบสาธารณสุขทางทะเล>2คน100% ความสำเร็จในการพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเล > 70 %				
Staff/Structure/ Standard	อุปกรณ์การแพทย์ฉุกเฉินริมชายหาด / บนเรือ คกก.สาธารณสุขทางทะเลบูรณาการ ในจังหวัด อบรมอส.สาธารณสุขริมชายหาด/บนเรือ ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพพื้นที่ทางทะเล	ทีมกู้ภัยทางทะเล (1 ตำบล/1 ทีม) ทีมกู้ชีพทางทะเล(1 รพ.พื้นที่ทางทะเล/1 ทีม) รพ.สต./ รพ. พื้นที่ทางทะเลพร้อมรับเหตุ ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ ทางทะเล จังหวัด / ภาค	เครื่องช่วย Hyperbaric chamber ระบบจัดเก็บข้อมูล Maritime/ทบทวน case ระบบพี่เลี้ยง แม่ข่าย – ลูกข่าย รพ.พื้นที่ทะเล ความพร้อมทีม SRRT ในพื้นที่ทางทะเล				
หน่วยดำเนินการ	สวสด./สวช./สวท./สวศ./สสง. ร่วมท้องถิ่น	สวสด./สวช./สวท./สวศ./สสง. ร่วมท้องถิ่น	สวสด./สวช./สวท./สวศ./สสง. ร่วมท้องถิ่น				
ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดเอง	ตัวชี้วัดเอง	ตัวชี้วัดเอง				

■ ดำเนินการแล้ว 7 จังหวัด
 ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ <5 จังหวัด
 ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ > 5 จังหวัด

เขตสุขภาพที่ ๑๒

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) NCD

ตัวชี้วัด: (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้

ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

คำนิยาม

ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 7 mg% ใน
ปีงบประมาณที่วิเคราะห์

ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 =
E10 - E14 และ Type area = 1 และ 3

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ
โรคเบาหวาน 2560 ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด

ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP)
น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความ
ดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ
วินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 และ 3

ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
(E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10 - I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า

หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่

1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ใน
ทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 -
I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
<p>-ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 40</p> <p>-ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 60</p> <p>-ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ตามเป้าหมายร้อยละ 90</p>	<p>1. มีการทบทวนและจัดทำแผน ป้องกันความเสี่ยงการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของกำกับ ติดตาม ให้กลุ่มผู้ป่วย DM/HT เข้าถึง บริการดูแลรักษาครบทุกมิติ</p> <p>2. มีแผนการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง</p> <p>3. มีแผนการติดตามการควบคุม ระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการตรวจ HbA1C</p>	<p>1. สรุปลงรอบ 6 เดือน เพื่อหาแนวทางเร่งรัดแก้ไขในเขตสุขภาพ ในประเด็นที่ยังไม่บรรลุผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด</p> <p>2. มีการดำเนินงานตามรูปแบบการบริการการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (อย่างน้อย 1 แผน)</p> <p>2.1 การวัดความดันโลหิตด้วยตัวเองที่บ้าน</p> <p>2.2 โปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน</p> <p>2.3 การจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับป้องกันและควบคุมโรค</p> <p>2.4 การสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย NCDs</p> <p>3. มีการดำเนินการติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการตรวจ HbA1C</p>	<p>-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมโรคได้</p> <p>-ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้</p> <p>-- ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)ตามเป้าหมาย</p>
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
	<p>1. มีแผนติดตามการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีความต่อเนื่อง</p>	<p>1. มีการดำเนินการติดตามการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีความต่อเนื่อง</p>	

Small Success

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้	>ร้อยละ 25	>ร้อยละ 30	>ร้อยละ 35	>ร้อยละ 40
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	>ร้อยละ 45	>ร้อยละ 50	>ร้อยละ 55	>ร้อยละ 60
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	>ร้อยละ 70	>ร้อยละ 80	>ร้อยละ 90	>ร้อยละ 90

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้

บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ น้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้	ที่ระดับค่า
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	$(A/B) \times 100$	

ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ระดับความดันโลหิตได้ติดตามเกณฑ์ที่กำหนด	ที่ควบคุม
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด(ความดันโลหิตสูง)	$(C/D) \times 100$	

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk)

ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข

1. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด(CVD Risk) ใน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDCกระทรวงสาธารณสุข

2. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วย โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10.- E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 – I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 – I15 ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 – I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 – I15 ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยDM/HT 2. โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Thai CV Risk Score) 3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: เขตสุขภาพ 12 กรม..... สำนัก/กอง.....

ผู้ประสานงานประเด็น/ตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางวิลาวัลย์ จริงจิตร (เลขานุการ Service Plan NCD)	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ หน่วยงาน โรงพยาบาลตรัง	Tel. 075-201500 ต่อ 1209 Mobile 095-4201701 e-mail : avilavun@yahoo.com	
ผู้ประสานงานเขตสุขภาพ 12	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel. Mobile..... e-mail :	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
ผู้รับผิดชอบงาน NCD ทุก สสจ.ใน ๗ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel. Mobile..... e-mail :	
	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel. Mobile..... e-mail :	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก. แต่ละคณะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ ผู้สูงอายุคุณภาพ

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)

- ร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
- ร้อยละกลุ่มเสี่ยงหกล้ม ได้รับการดูแล ส่งเสริม ป้องกันการหกล้ม
- ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์
- ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan)

1. ร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

คำนิยาม :

♣ ประชากรสูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq 12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง

♣ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดี ต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)

♣ พฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ มี 8 ข้อ ประกอบด้วย

1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สะสม 150 นาที/สัปดาห์
2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์)
3. ดื่มน้ำเปล่า อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า)
6. การตรวจสุขภาพประจำปีหรือพบแพทย์ / บุคลากรทางการแพทย์
7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง
8. การดูแลสุขภาพช่องปาก

2. ร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้ม ได้รับการดูแล ส่งเสริม ป้องกันการหกล้ม

คำนิยาม

กลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้ม หมายถึง ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม ตามแนวทางคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 ของคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข พบมีความเสี่ยงตามเกณฑ์ประเมิน

3. ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์

คำนิยาม

ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ประสบความยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ตลอดจนผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยมุ่งเน้น การส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน

ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์

หมายถึง ตำบลที่มีการจัดบริการด้านสังคมและบริการสาธารณสุข เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ตลอดจนผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยมุ่งเน้น การส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน

องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ขึ้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

- ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน

- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดย คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)

องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหา ด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพ รายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่

- มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ

- มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาด และควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล

- มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขมูลฐาน การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มี ภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 4 มี Care Manager/ทีมสหวิชาชีพ/หมอครอบครัว/Caregiver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุ ลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตาม แผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 5 มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถใน การประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือน ตีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก

- กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน
- กลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มสังคม

องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย

- ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG และการจัดทำ Care Plan
- ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่/พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ภายใน ระยะเวลา 3 ปี

สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ 12 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุ ร้อยละ 15.8 ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL ร้อยละ 86.9 เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.3 กลุ่มพึ่งพิง ร้อยละ 3.7 การคัดกรองภาวะหกล้ม มีความครอบคลุม ร้อยละ 79.7 พบกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 3.4 การดูแลกลุ่มเสี่ยงหกล้ม มีการให้คำแนะนำในรายเสี่ยง ทุกจังหวัด ยังไม่มีการวางระบบดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ ร้อยละ 31.1 (เป้าหมายร้อยละ 50) ผู้สูงอายุจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล(Individual Wellness Plan) จำนวน 1,032 คน คิดเป็นร้อยละ 82.6 ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 92.6 (เป้าหมาย ร้อยละ 95) จังหวัดที่มีการดำเนินงานยังไม่ผ่านเป้าหมาย ได้แก่ จ.นราธิวาส มีตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75.3 เนื่องจากบางตำบลยังไม่มี CM, CG จ.ตรัง มีตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 89.7 และจ.ปัตตานี มีตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 92.2 จ.ตรัง และปัตตานี บางพื้นที่ ยังไม่ได้ทำ Care Plan ในระบบ ส่วนผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care plan ผลงานร้อยละ 92.8 (เป้าหมาย ร้อยละ 85)

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 1 ปี 2565

เป้าหมาย	มาตรการในพื้นที่	แนวทางตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>มีการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง - มีการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Community screening) - การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามจากแผนการดำเนินงานของจังหวัด - ประเมินจากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ในระบบ HDC H4U และสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุออนไลน์ (Blue Book Application) - ประเมินจากข้อมูลเบื้องต้นและ การสอบถาม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่พื้นที่ - มีแผนการดำเนินงาน - มีการคัดกรอง ADL ร้อยละ 75 - มีการคัดกรองภาวะหกล้ม ร้อยละ 75 - มีการ คัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Community screening) - มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แล้วเสร็จ ร้อยละ 50 (ของเป้าหมาย 10 % ของผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่)
<p>มีระบบการดูแลส่งเสริมป้องกัน การผลิตตกหล่น และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองภาวะหกล้มผิดปกติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มปกติ มีแนวทางส่งเสริม, ป้องกันการผลิตตกหล่น -กลุ่มเสี่ยง มีการให้คำแนะนำดูแล ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ และติดตามต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - สอบถามแนวทางการดูแลส่งเสริมป้องกันติดตาม กลุ่มเสี่ยง และแนวทางการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย รักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 60 ของกลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้ม ได้รับการดูแลให้คำแนะนำส่งเสริมป้องกันส่งต่อเพื่อรักษา และติดตามต่อเนื่อง - ร้อยละ 25 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
<p>ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ขับเคลื่อนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนผ่านเกณฑ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน - ขับเคลื่อนการจัดทำแผนการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามจากแผนการดำเนินงานของจังหวัด - ติดตามจากข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงาน LTC ในระบบโปรแกรม 3C 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 95 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

เป้าหมาย	มาตรการในพื้นที่	แนวทางตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ดูแล (Care Plan) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		- ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
มีการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - มีการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Community screening) - การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามผลการดำเนินงานจากระบบรายงาน HDC, H4U สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุออนไลน์ (Blue Book Application) 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการคัดกรอง ADL ร้อยละ 95 - มีการคัดกรองภาวะหกล้ม ร้อยละ 80 - มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แล้วเสร็จ ร้อยละ 100 (ของเป้าหมาย 10 % ของผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่)
มีระบบการดูแลส่งเสริมป้องกัน การผลัดตกหกล้ม และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองภาวะหกล้มผิดปกติ	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มปกติ มีแนวทางส่งเสริม, ป้องกันการผลัดตกหกล้ม -กลุ่มเสี่ยง มีการให้คำแนะนำ ดูแล ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ และติดตามต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามรายงานกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลให้คำแนะนำ ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย รักษาและติดตาม 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้รับการส่งเสริมป้องกัน ติดตามอย่างต่อเนื่อง - ร้อยละ 30 ของกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์	<ul style="list-style-type: none"> - ขับเคลื่อนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน - ขับเคลื่อนการจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามผลการดำเนินงานจากระบบรายงาน โปรแกรม LTC กรมอนามัย และสปสช. 	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละ 95 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ - ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>- พื้นที่มีแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม</p> <p>- มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แก่พื้นที่</p> <p>- ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน และคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น</p> <p>- พัฒนาศักยภาพบุคลากร อสม. CM, CG, อาสาสมัคร บริบาลท้องถิ่น</p> <p>- มีการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหกล้มและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แก่ชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพ</p>	<p>- มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แล้วเสร็จ ร้อยละ 50 ของค่าเป้าหมาย</p> <p>- ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 40</p> <p>- ร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองสุขภาพ</p> <p>- ร้อยละ 60 ของกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแล ให้คำแนะนำ ส่งเสริมป้องกัน ส่งต่อเพื่อรักษา และติดตามต่อเนื่อง</p> <p>- ร้อยละ 25 ของกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>- ร้อยละ 95 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์</p> <p>- ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan</p>	<p>- มีการกำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง</p> <p>- มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แล้วเสร็จ ร้อยละ 100</p> <p>- ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 45</p> <p>- ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ</p>	<p>- ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50</p> <p>- ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ</p> <p>- ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแล ให้คำแนะนำ ส่งเสริมป้องกัน ส่งต่อเพื่อรักษา และติดตามต่อเนื่อง</p> <p>- ร้อยละ 30 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>- ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์</p> <p>- ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan</p>

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1. ร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
2. ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์
3. ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

ผู้ประสานงานหลัก

1. นางสาวนภาพร เตโซ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
2. นางสาวหทัยทิพย์ จุทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัด

สงขลา

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย / ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา / กรมการแพทย์ / สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๑ : การพัฒนาระบบบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญ

หัวข้อ: พัฒนาระบบบริการศูนย์ความเป็นเลิศโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัด: (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)

๑. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารพ.ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง มากกว่า ๕๐ %

๒. อัตราตายรวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่า ๗ %

คำนิยาม: การเข้าถึงบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑			
๑. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารพ.ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง มากกว่า ๕๐ %	-พัฒนาส่งเสริมความรู้ของประชาชน/เครือข่ายระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	- อัตราผู้ป่วยที่มารพ.ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง มากกว่า ๕๐ % - ระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลทุกระดับ สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ภายใน ๓๐ นาที - ระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยลดลง	- อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารพ.ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง มากกว่า ๕๐ %
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒			
๒. อัตราตายรวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่า ๗ %	-ประสิทธิภาพและคุณภาพการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	- สถานการณ์จำหน่ายออกจากรพ. ด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	- อัตราตายรวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่า ๗ %
Small Success			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ลงเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายแบ่งตามกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการรักษาใน Stroke unit > ๔๐ %	- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก น้อยกว่า ๒๐ %	- ลงเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายแบ่งตามกลุ่มอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก น้อยกว่า ๑๘ %	๑. เปิดให้บริการเปิดหลอดเลือดด้วยวิธีการสวนหลอดเลือด ๒. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการเปิดหลอดเลือด มากกว่า ๑๕ %

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการเปิดหลอดเลือด มากกว่า ๑๕ %

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรม.....สำนัก/กอง.....

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.วัชระ วิริตยาภรณ์	ตำแหน่ง นพ.ชำนาญการ	Tel. 091-9156951	
	สำนัก/กอง รพ.หาดใหญ่	e-mail: changneuro@gmail.com	
นางสาวจุก สุวรรณโณ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	Tel. 0892955568	
	สำนัก/กอง รพ.หาดใหญ่	e-mail: suwanno213@hotmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวจุก สุวรรณโณ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	Tel. 0892955568	
	สำนัก/กอง รพ.หาดใหญ่	e-mail: suwanno213@hotmail.com	
	ตำแหน่ง	Tel.	
	สำนัก/กอง	e-mail	

๒. Best Practice (นวัตกรรมเด่น) เขต ๑-๑๒

รหัสประเด็น	เขต	Best Practice
๘.๑	๑	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ในเขตสุขภาพที่ ๑ มีการดำเนินงานการใช้นวัตกรรม AI CXR อ่านฟิล์มเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray) ในผู้ป่วยคัดกรองวัณโรค
๘.๒	๒	Wellness Center (นวัตกรรมระบบตรวจสุขภาพ)
๘.๓	๓	โครงการลดภาระงานสนับสนุน (Back Office) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Initiative Management Model : IMM) เขตสุขภาพที่ ๓
๘.๔	๔	- Region๔ Self Care Monitoring
๘.๕	๕	- การพัฒนาโรงพยาบาลตำบล (Tambon Hospital) - การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่
๘.๖	๖	NCD New Care Design by R๖
๘.๗	๗	OV ตรวจง่ายพบไวด้วย Urine Repid Test
๘.๘	๘	รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษา โรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ ๘ (R๘ NCD Innovative Healthcare Model)
๘.๙	๙	The R๙ miracle school : HRD คุณภาพ
๘.๑๐	๑๐	ระบบสุขภาพแบบบูรณาการอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๑๐
๘.๑๑	๑๑	Virtual Hospital
๘.๑๒	๑๒	Stroke

เขตสุขภาพที่ ๑

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

หัวข้อ การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ในเขตสุขภาพที่ ๑ มีการดำเนินงานการใช้นวัตกรรม AI CXR อ่านฟิล์มเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray) ในผู้ป่วยคัดกรองวัณโรค

คำนิยาม

มีการดำเนินการคัดกรองโรคปอดเบื้องต้นโดยนวัตกรรม AI CXR (ปัญญาประดิษฐ์สำหรับการวิเคราะห์ภาพเอ็กซเรย์ทรวงอก) เพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

ขอบเขตการดำเนินงาน คือ

๑. กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการใช้นวัตกรรม หมายถึง โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๑ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน

๒. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง หมายถึง กลุ่มเสี่ยงที่กำหนด จำนวน ๑๒ กลุ่ม ได้แก่ ๑. ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ๒. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ๓. ผู้สูงอายุติดบ้าน ๔. ผู้สูงอายุติดเตียง ๕. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๖. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ๗. กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ ๘. กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ๙. กลุ่ม COPD ๑๐. กลุ่ม CKD ๔-๕ ๑๑. กลุ่มติดสุรา ๑๒. กลุ่มทพโภชนาการ

๓. นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรมการบริหารและการจัดการบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น

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

๖. ออกแบบระบบ (System Design) หมายถึง การออกแบบกระบวนการ วิธีการแนวทาง ในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

๗. กลไก (Mechanism) หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบมีการขับเคลื่อนหรือดำเนินอยู่ได้ มีการจัดสรรทรัพยากร หน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคลเป็นผู้ดำเนินงาน

๘. ระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล (Regulate Monitoring and Evaluation) หมายถึง กระบวนการ ขั้นตอน วิธีการในการตรวจสอบการดำเนินงาน ว่าเป็นไปตามที่วางไว้หรือไม่ ตลอดจนการแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
มีการดำเนินการใช้งานนวัตกรรม AI CXR ในกลุ่มเป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๑ (๑๐๐%)	- สื่อสาร	จำนวนรพ.ที่มีนวัตกรรมและนำเข้า CXR ในระบบ	๑. โรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่๑ มีนวัตกรรม AI และนำเข้า CXR ในระบบ
		จำนวนรพ.ที่เริ่มใช้งานนวัตกรรมภายในเดือนมีนาคม ๒๕๖๕	๒. โรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่๑ เริ่มใช้งานนวัตกรรม AI CXR ภายในเดือนมีนาคม ๒๕๖๕
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคด้วย AI CXR (ร้อยละ ๘๐)	ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคที่กำหนดด้วย AI CXR	จำนวนกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย AI CXR*๑๐๐/จำนวนกลุ่มเป้าหมายของแต่ละกลุ่ม	ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยวัณโรคแต่ละกลุ่มได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นด้วย AI (กำหนดค่าเป้าหมายแต่ละกลุ่ม)

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดับเขต เพื่อนำเสนอนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพ AI CXR	1. นำเสนอระบบกลไกขับเคลื่อน นวัตกรรม AI CXR และระบบกำกับติดตาม ประเมินผล 2. จัดเวทีทดลองการใช้นวัตกรรม 3. นำนวัตกรรม AI CXR ไปปฏิบัติจริงใน โรงพยาบาล ระดับ A S M1 4. กำกับติดตามผลการใช้นวัตกรรม AI CXR	3. รายงานผลการดำเนินงานนวัตกรรม AI CXR	สรุปผลการดำเนินงาน นวัตกรรม AI CXR

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑.....

๒.....

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$$A / B \times 100$$

A = จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มีการดำเนินการใช้นวัตกรรม AI Chest X-Ray

B = จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรม..... สำนัก/กอง.....

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.กนก พิพัฒน์เวช	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel.Mobile..... e-mail :	
นายกิตติพงษ์ อะทะจา	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel.Mobile..... e-mail :	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel.Mobile..... e-mail :	
	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel.Mobile..... e-mail :	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก. กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

เขตสุขภาพที่ ๒

เขตสุขภาพที่ ๓

รายละเอียดคำอธิบายตัวชี้วัด (KPI Template)

โครงการลดภาระงานสนับสนุน(Back office) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 3

.....

1. ตัวชี้วัดที่ 5 : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่เป้าหมาย ลดภาระงานสนับสนุน (Back office) ได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

2. หน่วยวัด : ระดับ

3. น้ำหนัก : 10

4. คำอธิบายตัวชี้วัด: ภาระงานสนับสนุน (Back office) หมายถึง ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ปฏิบัติงานของบุคลากร รพ.สต.เพื่อการดำเนินงานสนับสนุน 3 กลุ่มงาน ได้แก่ งานพัสดุ งานการเงิน และระบบ Refill ยา ทั้งนี้ให้อยู่ในขอบเขตเทียบเคียงกับการสำรวจระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการดำเนินงานตามภาระงานสนับสนุนในรอบปีงบประมาณ 2565 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)เป้าหมายในเขตสุขภาพที่ 3

ค่าเป้าหมาย : A B และ C มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

* A ลดเวลาดำเนินงานสนับสนุน หมายถึง ลดเวลาการทำงานของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับงานพัสดุ งานการเงิน และระบบ Refill ยา

* B เพิ่มประสิทธิภาพงาน หมายถึง เวลาที่ลดลงจากการปฏิบัติงานพัสดุ งานการเงิน และระบบ Refill ยานำมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน หรือการให้บริการประชาชนเพิ่มมากขึ้น

* C = มูลค่าการสำรองยาลดลง หมายถึง มูลค่าการสำรองยารายไตรมาสของปีงบประมาณ 2565 เปรียบเทียบกับมูลค่าการสำรองยาไตรมาสเดียวกันของปีงบประมาณ 2564 ลดลง โดยคิดเป็นร้อยละ เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนโครงการลดภาระงานสนับสนุนใน รพ.สต. โดยมีเภสัชกร ผู้รับผิดชอบงานระบบ Refill ยา ทั้งในระดับจังหวัด และระดับ คบสอ. 2. มีการประชุมชี้แจงโครงการลดภาระงานสนับสนุนใน รพ.สต.แก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
2	1. มีแผนการดำเนินงานลดภาระงานสนับสนุนใน รพ.สต. ทั้งด้านการเงิน ด้านพัสดุ และระบบ Refill ยา 2. มีการดำเนินงานตามแผนงานลดภาระงานสนับสนุนใน รพ.สต. ที่วางไว้
3	1. มีการเก็บข้อมูลเพื่อแสดงให้เห็นถึงระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น 2. มีการเก็บข้อมูลการลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานด้านการเงิน งานพัสดุ และระบบ Refill ยา 3. มีรายงานความครอบคลุมในการดำเนินงาน Refillยาใน รพ.สต. 4. มีโปรแกรมเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการในรพ.สต. และคลังยาของ รพ. 5. มีรายงานมูลค่าการสำรองคลังเปรียบเทียบรายไตรมาสของปีงบประมาณ 2565 และ 2564

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
4	<ol style="list-style-type: none"> มีแผนในการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน จากระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น มีการดำเนินงานตามแผนในการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน จากระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติงาน จากระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น โดยมีการวัด 3 ระดับ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ตัวชี้วัดระดับเขตที่เป็นปัญหา ตัวชี้วัดระดับจังหวัดที่เป็นปัญหา ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ที่เป็นปัญหา มีรายงานความครอบคลุมในการดำเนินงาน Refill ยาใน รพ.สต. มีรายงานอัตราการสำรองคลัง มีรายงานมูลค่าการสำรองคลังเปรียบเทียบรายไตรมาสของปีงบประมาณ 2565 และ 2564
5	<ol style="list-style-type: none"> มีการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร รายงานความครอบคลุมในการดำเนินงาน Refill ยาใน รพ.สต. รายงานยาไม่เพียงพอจ่ายในรพ.สต. มีรายงานมูลค่าการสำรองคลังเปรียบเทียบรายไตรมาสของปีงบประมาณ 2565 และ 2564

5. สูตรการคำนวณ: $A = (\text{เวลาก่อนเริ่มโครงการ}-\text{เวลาหลังดำเนินโครงการ}) \times 100 / \text{เวลาก่อนเริ่มโครงการ}$
 $B = \text{ผลลัพธ์การเพิ่มประสิทธิภาพแต่ละระดับ(พื้นที่/จังหวัด/เขต)}$

$C = \frac{(\text{มูลค่าสำรองยารายไตรมาสของปี 2565}-\text{มูลค่าสำรองยาไตรมาสเดียวกันของปี 2564}) \times 100}{\text{มูลค่าสำรองยาไตรมาสของปี 2565}}$

6. เกณฑ์การให้คะแนน: ใช้เพื่อกำกับขั้นตอนการดำเนินงานของอำเภอ

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานแต่ละระดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1	ดำเนินการได้ตามระดับที่ 1	<ol style="list-style-type: none"> คำสั่งแต่งตั้งโดยผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ได้รับมอบหมายลงนามในคำสั่ง โดยมีเกษตรกรผู้รับผิดชอบงานระบบ Refill ยา ทั้งในระดับจังหวัด และระดับ คบสอ. ดำเนินการจัดประชุม มีรายงานการประชุม และภาพถ่ายการประชุม 	0.5 0.5

ขั้นตอน ที่	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนน ที่ได้
2	ดำเนินการได้ตามระดับที่ 2	1. แผนการดำเนินงานลดภาระงานสนับสนุนใน รพ.สต. 1.1 สสอ.มีบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการเงิน และ พัสดุ 1.2 รพ.สต.ทุกแห่ง มีการติดตั้งโปรแกรมการเงินและพัสดุ Anirutt ของ สสอ.คลองลาน 1.3. รพ.สต.มีการบันทึกข้อมูลการเงินในโปรแกรมการเงินและ พัสดุ Anirutt ของ สสอ.คลองลาน 1.4 คบสอ. มีแผนการดำเนินงานระบบ Refill ยา ใน รพ.สต.	0.5
		2. มีการดำเนินงานตามแผนงานลดภาระงานสนับสนุน (Back office)ใน รพ.สต. ที่วางไว้(ระบบ Refill ยา)	0.5
3	ดำเนินการได้ตามระดับที่ 3	1.แบบเก็บข้อมูลบันทึกระยะเวลา	0.5
		2.แบบเก็บข้อมูลลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานด้านการเงิน ด้าน พัสดุ และระบบ Refill ยา	0.5
		3.รายงานความครอบคลุมในการดำเนินงาน Refillyaใน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	0.5
		4.มีโปรแกรมเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการในรพ.สต. และ คลังยาของรพ. ที่มีประสิทธิภาพ	1.0
		5.มีรายงานมูลค่าการสำรองคลังเปรียบเทียบรายไตรมาสของ ปีงบประมาณ 2565 และ 2564 ลดลง \geq 60%	0.5
4	ดำเนินการได้ตามระดับที่ 4	1. มีแผนในการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน จากระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น	0.5
		2. ผลการดำเนินงานตามแผนในการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงาน จากการระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น โดยมีการวัด 3 ระดับ ดังนี้ (1) ตัวชี้วัดระดับเขตที่เป็นปัญหา 1 ตัวชี้วัด (2) ตัวชี้วัดระดับจังหวัดที่เป็นปัญหา 2 ตัวชี้วัด (3) ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ที่เป็นปัญหา 3 ตัวชี้วัด	1.0
		(2) ตัวชี้วัดระดับจังหวัดที่เป็นปัญหา 2 ตัวชี้วัด	0.5
		(3) ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ที่เป็นปัญหา 3 ตัวชี้วัด	0.5
		3.รายงานความครอบคลุมในการดำเนินงาน Refillyaใน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	0.5
		4.รายงานอัตราการสำรองคลังไม่เกิน 1 เดือน	1.0
		5.มีรายงานมูลค่าการสำรองคลังเปรียบเทียบรายไตรมาสของ ปีงบประมาณ 2565 และ 2564 ลดลง \geq 70%	1.0

ขั้นตอน ที่	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนน ที่ได้
5	ดำเนินการได้ตามระดับที่ 5	1. เอกสารการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานจาก ระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น 2. เอกสารรายงานสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร 3. รายงานความครอบคลุมในการดำเนินงาน Refillยาใน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 4. รายงานยาไม่เพียงพอจ่ายในรพ.สต.ไม่เกิน 5 รายการ/เดือน 5. มีรายงานอัตราการสำรองคลังไม่เกิน 2 สัปดาห์ 6. มีรายงานมูลค่าการสำรองคลังเปรียบเทียบกับรายไตรมาสของ ปีงบประมาณ 2565 และ 2564 ลดลง \geq 80%	1.0 1.0 0.5 0.5 1.0 1.0

7.แนวทางการประเมินผล : แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น 2 รอบ ได้แก่ รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน ดังนี้
การประเมินรอบ 1 (6 เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) และรอบ
2 (1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565) โดยคิดคะแนนจากค่าเป้าหมาย A B และ C รวม 15 คะแนน รวมกับ
คะแนนจากขั้นตอนการดำเนินงานของอำเภอรวม 15 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน แล้วนำมาถ่วงน้ำหนักให้ได้
10 คะแนน

ค่าคะแนนที่ได้					
การคำนวณค่าคะแนน ลดเวลางานสนับสนุน (A) รอบ 1 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)					
ร้อยละของการลดภาระงาน สนับสนุน	\leq 20%	25%	30%	35%	\geq 40%
คะแนนที่ได้	1	2	3	4	5
การคำนวณค่าคะแนน ลดเวลางานสนับสนุน (A) รอบ 2 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)					
ร้อยละของการลดภาระงาน สนับสนุน	<50%	\geq 50%	\geq 60%	\geq 70%	\geq 80%
คะแนนที่ได้	1	2	3	4	5
การคำนวณค่าคะแนน เพิ่มประสิทธิภาพงาน (B) รอบที่ 1 และ 2 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)					
ตัวชี้วัดระดับ	พื้นที่	พื้นที่+จังหวัด	พื้นที่+จังหวัด+เขต		
คะแนนที่ได้	3	4	5		

การคำนวณค่าคะแนน มูลค่าการสำรองยาตกลง (C) (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ร้อยละของมูลค่าการสำรองยาตกลง	<50%	≥50%	≥60%	≥70%	≥ 80%
คะแนนที่ได้	1	2	3	4	5

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1	<p>1. คำสั่งแต่งตั้งโดยผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ได้รับมอบหมายลงนามในคำสั่ง โดยมีเอกสารผู้รับผิดชอบงานระบบ Refill ยา ทั้งในระดับจังหวัด และระดับ คปสอ.</p> <p>2. ดำเนินการจัดประชุม มีรายงานการประชุม และภาพถ่ายการประชุม</p>	<p>1.คำสั่ง</p> <p>2.รายงานการประชุม และภาพถ่ายการประชุม</p>	รวมเท่ากับ 1 คะแนน
2	<p>1. แผนการดำเนินงานลดภาระงานสนับสนุนใน รพ.สต.</p> <p>1.1 สสอ.มีบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและพัสดุ</p> <p>1.2 รพ.สต.ทุกแห่ง มีการติดตั้งโปรแกรมการเงินและพัสดุ Anirutt ของ สสอ.คลองลาน</p> <p>1.3. รพ.สต.มีการบันทึกข้อมูลการเงินในโปรแกรมการเงินและพัสดุ Anirutt ของ สสอ.คลองลาน</p> <p>1.4 คปสอ.มีแผนการดำเนินงานระบบ Refill ยา ใน รพ.สต.</p> <p>2. มีผลการดำเนินงานระบบ Refill ยา</p>	<p>1. แผนการดำเนินงาน</p> <p>2.ผลการดำเนินงาน</p>	รวมเท่ากับ 1 คะแนน
3	<p>1.แบบเก็บข้อมูลบันทึกระยะเวลา</p> <p>2.แบบเก็บข้อมูลขั้นตอนในการปฏิบัติงานด้านการเงินด้านพัสดุ และระบบ Refill ยา</p> <p>3.มีรายงานความครอบคลุมในการดำเนินงาน Refillยาใน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p> <p>4.มีโปรแกรมเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการในรพ.สต. และคลังยาของรพ. ที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>5.มีรายงานมูลค่าการสำรองคลังเปรียบเทียบกับรายไตรมาสของ</p>	<p>1.แบบเก็บข้อมูล</p> <p>2.แบบเก็บข้อมูล</p> <p>3.แบบรายงาน</p> <p>4.โปรแกรมเชื่อมโยง</p> <p>5.แบบรายงาน</p>	รวมเท่ากับ 3 คะแนน

	ปีงบประมาณ 2565 และ 2564 ลดลง \geq ร้อยละ 60		
4	<p>1. มีแผนในการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานจากระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น</p> <p>2. ผลการดำเนินงานตามแผนในการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน จากระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>(1) ตัวชี้วัดระดับเขตที่เป็นปัญหา 1 ตัวชี้วัด</p> <p>(2) ตัวชี้วัดระดับจังหวัดที่เป็นปัญหา 2 ตัวชี้วัด</p> <p>(3) ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ที่เป็นปัญหา 3 ตัวชี้วัด</p> <p>3.มีรายงานความครอบคลุมในการดำเนินงาน Refill ยา ใน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85</p> <p>4.มีรายงานอัตราการสำรองคลังไม่เกิน 1 เดือน</p> <p>5.มีรายงานมูลค่าการสำรองคลังเปรียบเทียบกับรายไตรมาสของปีงบประมาณ 2565 และ 2564 ลดลง \geq ร้อยละ 70</p>	<p>1.แผนเพิ่มประสิทธิภาพฯ</p> <p>2.รายงานผลการดำเนินงาน</p> <p>3.แบบรายงาน</p> <p>4.แบบรายงาน</p> <p>5.แบบรายงาน</p>	รวมเท่ากับ 5 คะแนน
5	<p>1. เอกสารการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานจากการนับระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น</p> <p>2. เอกสารรายงานสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร</p> <p>3. มีรายงานความครอบคลุมในการดำเนินงาน Refill ยา ใน รพ.สต. ร้อยละ 100</p> <p>4.รายงานยาไม่เพียงพอจ่ายในรพ.สต.ไม่เกิน 5 รายการ/เดือน</p> <p>5.มีรายงานอัตราการสำรองคลังไม่เกิน 2 สัปดาห์</p> <p>6.มีรายงานมูลค่าการสำรองคลังเปรียบเทียบกับรายไตรมาสของปีงบประมาณ 2565 และ 2564 ลดลง \geq ร้อยละ 80</p>	<p>1.เอกสารการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานจากการนับระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น</p> <p>2.รายงานสรุปผล</p> <p>3.แบบรายงาน</p> <p>4.แบบรายงาน</p> <p>5.แบบรายงาน</p> <p>6.แบบรายงาน</p>	รวมเท่ากับ 5 คะแนน
	คะแนนเต็ม		15 คะแนน

8. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต		
		ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
โครงการลดภาระงานสนับสนุน(Back office)ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 3	ระดับ	5	5	5

9. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3

10. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 3

11. ผู้จัดเก็บข้อมูล : 1. นายแพทย์วิศิษฐ์ อภิสถิรวิทยา นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สสจ.พิจิตร
2. ดร.ธานี โชติกคาม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (ด้านบริหาร) สสจ.พิจิตร

เขตสุขภาพที่ ๕

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : Innovative Healthcare Management

หัวข้อ Self-care Monitoring

ตัวชี้วัด : มีเครื่องมือในการสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยปฐมภูมิ ในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง)

คำนิยาม

Self-care Monitoring คือการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง มีสุขภาพดี และยั่งยืน ลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดตาย การเชื่อมโยงระบบข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการตั้งแต่ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ และลดความแออัดในโรงพยาบาลทุกระดับ มีการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชนและชุมชน ได้รับรู้ถึงปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพตนเอง ภายในชุมชน เกิดการสนับสนุนจากภาคภาคีเครือข่าย เกิดชุมชนเข้มแข็ง และประชาชนมีสุขภาพดี

เครื่องมือ หมายถึง อุปกรณ์ electronic หรือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่เป็นเทคโนโลยีในระบบ Digital เทคโนโลยีในระบบ Digital หมายถึงเทคโนโลยีที่ใช้ข้อมูล,ระบบข้อมูล หรือวิธีแทนความหมายของข้อมูลต่างๆ ในรูปแบบของข้อมูลเชิงตัวเลข การสื่อสารข้อมูลในระบบ Digital จะพบข้อผิดพลาดน้อยมาก เช่น เครื่องวัดความดัน Digital, การส่งข้อมูลในระบบ IoT

ความเข้มแข็ง หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์การดูแลรักษาผู้ป่วยของสถานพยาบาล ทุกระดับ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
-การเตรียมระบบ	วางแผน,เตรียมการ ระบบเครื่องมือ Digital ที่จะใช้ในการ ในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน ,ความดัน)	มีแผนงาน โครงการ	หน่วยบริการมีเครื่องมือระบบ Digital ในการดำเนินการ
การส่งข้อมูล	- หน่วยบริการมีการส่งข้อมูล/เชื่อมโยง Selfcare ในรูปแบบ Digital เข้าสู่ระบบ - การส่งข้อมูล/เชื่อมโยง	- หน่วยบริการมีการส่งข้อมูล Selfcare - มีการส่งข้อมูลจาก HIS ทุกระดับ (ปฐมภูมิ,ตติยภูมิ ,ตติยภูมิ)	- หน่วยบริการมีการรับส่งข้อมูล Selfcare ต่อเนื่อง - มีข้อมูลจาก HIS ทุกระดับ (ปฐมภูมิ,

	ข้อมูลในระบบ HIS เข้าสู่ระบบ		ทุติยภูมิ,ตติยภูมิ)เป็นปัจจุบัน
--	------------------------------	--	---------------------------------

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
ระบบข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการการประมวลผลข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล - คืบค่าข้อมูล - การนำข้อมูลไปใช้วางแผนในการพัฒนาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการ มี Information วิเคราะห์ข้อมูล Predictive analysis - การคืบค่าข้อมูลสุขภาพตนเองให้กับประชาชน PHR - การคืบข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชนให้กับชุมชนในรูปแบบ Information 	<p>ประชาชนมีสุขภาพดี</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนรู้สึก ภาวะตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตนเองได้
การนำข้อมูลไปใช้	จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง)	- แผนงานโครงการที่ใช้ข้อมูลจากระบบในการพัฒนาสุขภาพประชาชนในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนมีข้อมูลสถานะสุขภาพชุมชนสามารถนำไปวางแผน แก้ไขปัญหาได้ตามบริบทของพื้นที่และภาคีเครือข่ายมีการสนับสนุน สอดคล้องกับสภาพปัญหา

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการปฐมภูมิมีเครื่องมือ Selfcare - เตรียมระบบ Selfcare 	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการปฐมภูมิมีเครื่องมือ ตามเป้าหมายที่จังหวัดกำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการปฐมภูมิมีเครื่องมือ ตามเป้าหมายที่จังหวัดกำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการปฐมภูมิมีเครื่องมือ ตามเป้าหมายที่จังหวัดกำหนด

	- ส่งข้อมูลเข้าระบบ ข้อมูล Selfcare ข้อมูล HIS	- ประมวลผลข้อมูล - คืบข้อมูลสุขภาพ ตนเองให้กับประชาชน PHR - การคืบข้อมูลสถานะ สุขภาพของชุมชนให้กับ ชุมชนในรูปแบบ Information	- วิเคราะห์ข้อมูล Predictive analysis - การคืบข้อมูลการ คาดการณ์สถานะ สุขภาพของ ประชาชน และชุมชนให้กับชุมชน
--	--	---	--

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

$$\frac{\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)} \quad \text{จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดำเนินการ}}{\text{จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด}} \quad \times 100$$

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: เขตสุขภาพที่ ๔

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์ณรงค์ ฤทธิวิสาร	ตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา	Tel. 089-9011385 e-mail : korea02@gmail.com	
นายสรารุจ ควรเนตร	ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบาย และแผนชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา	Tel. 081-9481195 e-mail : sarawutkhuan@gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel.Mobile..... e-mail :	

	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel.Mobile..... e-mail :	
--	--------------------------------	--	--

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

เขตสุขภาพที่ ๕

ประเด็นการขับเคลื่อน area based และ นวัตกรรมสุขภาพ ปี 2565

เขตสุขภาพที่ 5

ประเด็น area based

1. **การพัฒนาบริการสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19** เป็นการยกระดับ ปรับปรุงศักยภาพของระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ระดับจังหวัด ไปจนถึงระดับตำบล นั่นคือ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ไปจนถึงระดับรพ.สต. เพื่อให้สามารถจัดการกับโควิด 19 ในระยะต่อไปได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีคุณภาพ
2. **การพัฒนาบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และแผนพัฒนาจังหวัด** เป็นการปรับกระบวนการทัศน์และแนวคิดการทำงาน เพื่อนำไปสู่แนวคิด health in all policies และแนวคิดที่จะให้สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายของการพัฒนาจังหวัด ซึ่งจะทำให้หน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัดมีส่วนร่วมในยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาจังหวัดต่อไป
3. **การพัฒนาบริการสุขภาพประชากรข้ามชาติ (อาจจะใช้สำหรับบางจังหวัดที่มีแรงงานต่างชาติเป็นจำนวนมาก)** เป็นการพัฒนาบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรข้ามชาติให้มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น รูปแบบการให้บริการสุขภาพ (ในสถานพยาบาล ในสถานประกอบการ ในชุมชน) การพัฒนาศักยภาพคน (เจ้าหน้าที่ อสต. ล่าม) การพัฒนากลไกการทำงาน ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระบบการเงินการคลัง เป็นต้น

ประเด็นนวัตกรรมสุขภาพ

1. **การพัฒนาโรงพยาบาลตำบล (Tambon Hospital)-** เป็นการยกระดับบริการปฐมภูมิ ให้มีศักยภาพมากขึ้น โดยยึดนโยบาย 3 หมอ ระบบบริการปฐมภูมิ และการนำเทคโนโลยี มาประยุกต์ใช้ในการระบบการทำงานปฏิบัติงาน ซึ่งในปี ๒๕๖๕ จะเป็นการขยายผลจากต้นแบบ ไปสู่การพัฒนาในระดับเขต
2. **การพัฒนาข้อมูลเพื่อสนับสนุนนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่** เป็นการพัฒนาข้อมูลเพื่อใช้แลกเปลี่ยนและเชื่อมโยง การให้บริการสุขภาพประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อให้ประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๕ ได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้สะดวกขึ้น (ตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่) และพัฒนาต่อยอดบริการอื่น ๆ ต่อไป รวมถึงการนำแนวคิดการทำ data analytics ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบข้อมูล

เขตสุขภาพที่ ๖

เขตสุขภาพที่ ๗

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

(Inspection Guideline)

ประเด็น : Area based นวัตกรรมการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 7

หัวข้อ : การประเมินสถานการณ์ความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการติดเชื้อซ้ำของประชาชน 15 ปีขึ้นไป โดยใช้นวัตกรรมการตรวจปัสสาวะด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT เพื่อสนับสนุนระบบควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)

คำนิยาม: การนำนวัตกรรมการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT ที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น มาดำเนินการในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 7 โดยมีการดำเนินการในรูปแบบการศึกษาวิจัย ซึ่งมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ตรวจคัดกรองประชาชน 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้นวัตกรรมการตรวจปัสสาวะด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT เพื่อหาความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	กิจกรรมที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
การดำเนินงานนวัตกรรมเขตสุขภาพที่ 7 ด้วยการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยใช้นวัตกรรมการตรวจปัสสาวะด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT	จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 และศูนย์วิชาการ มีการดำเนินการร่วมกันระหว่าง สสอ. รพ.สต. จัดทำโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจปัสสาวะด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT ในพื้นที่	- จังหวัดได้รับการประสานงาน /ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน - จังหวัดมีการเขียนแผนงานโครงการ / แผนการวิจัย ในการนำนวัตกรรมไปใช้ในพื้นที่ตามกรอบแนวคิดการวิจัย	1.จังหวัดมีแผนการโครงการใช้ชุดนวัตกรรม การตรวจปัสสาวะด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT
จังหวัดดำเนินการได้ครบถ้วนตามกิจกรรมได้อย่างน้อยร้อยละ 50	พื้นที่ดำเนินงานตามมาตรการดังกล่าวข้างต้น เป็นอย่างน้อยร้อยละ 50	-ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดในโครงการ รวมทั้งปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข	2.จังหวัดดำเนินการได้ตามที่ระบุใน small success รอบ 6 เดือน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
จังหวัดดำเนินการได้ครบถ้วนตามกิจกรรมได้ ร้อยละ 100	จังหวัดดำเนินการได้ครบถ้วนตามกิจกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดในรอบ 9 เดือน	-รายงานผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดในโครงการ รวมทั้งปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข	1.จังหวัดดำเนินการได้ตามที่ระบุใน small success รอบ 9 เดือน
จังหวัดดำเนินการได้ครบถ้วนตามกิจกรรมทุก	จังหวัดดำเนินการได้ครบถ้วนทุกกิจกรรมและ	-รายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของโครงการ รวมทั้ง	2.ในรอบ 12 เดือนจังหวัดดำเนินการในทุกกิจกรรม

เป้าหมาย	กิจกรรมที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
กิจกรรม	ได้ผลตามเป้าหมายร้อยละ 100	ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะ	ได้ร้อยละ100

Small Success

	Small Succuss พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2565			
	3 เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
มาตรการ/กิจกรรม	<p>๑. ชี้แจง สื่อสารนโยบาย แนวทางการตรวจปัสสาวะคัดกรองการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗</p> <p>๒. กำหนดจำนวนตัวอย่างการตรวจปัสสาวะประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ</p> <p>๓.ระบุชื่อผู้ประสาน (Focal point) การดำเนินงาน OV RDT สสอ. ทุกแห่ง</p>	<p>๑. จังหวัดดำเนินการตรวจปัสสาวะด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT และรายงานผล ด้วย Applictⁿ RDT โดย รพ.สต. และติดตามให้ยา PZQ รักษา กับผู้ตรวจพบผลบวกพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>๒.จังหวัดดำเนินการตรวจปัสสาวะในกลุ่มผู้ติดเชื้อ หลังให้ยารักษาผ่านไป ๑.๕ เดือน เพื่อยืนยันการหายขาด</p> <p>๒.กลุ่มเป้าหมายได้รับการกรอกข้อมูลโดยโปรแกรม Isarncohort ที่ รพ.สต.</p>	<p>๑. จังหวัดดำเนินการตรวจปัสสาวะด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT และรายงานผล ด้วย Applictⁿ RDT โดย รพ.สต. และติดตามให้ยา PZQ รักษากับผู้ตรวจพบผลบวก พยาธิใบไม้ตับ</p> <p>๒.จังหวัดดำเนินการตรวจปัสสาวะในกลุ่มผู้ติดเชื้อ หลังให้ยารักษาผ่านไป ๑.๕ เดือน เพื่อยืนยันการหายขาด</p> <p>๒.กลุ่มเป้าหมายได้รับการกรอกข้อมูลโดยโปรแกรม Isarncohort ที่ รพ.สต.</p>	<p>๑.สรุปผลคืนข้อมูลการตรวจปัสสาวะคัดกรองการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป OV-RDT และผลการรักษาด้วยยา PZQ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗</p>
Quick Win	<p>๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของพื้นที่จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๗ รับทราบนโยบาย</p> <p>๒.ร้อยละ ๑๐๐ ของพื้นที่จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๗ สามารถกำหนดรายชื่อประชาชนสำหรับตรวจปัสสาวะ</p>	<p>๑.ร้อยละของหมู่บ้านได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับได้รับการคัดกรองด้วย OV RDT ได้รับการรักษาด้วยยา PZQ จนหายขาด</p>	<p>๑.ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วย OV RDT หากพบติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้รับการรักษาด้วยยา PZQ จนหายขาด</p>	<p>๑. ร้อยละอำเภอที่ดำเนินงานได้สำเร็จตามเป้าหมายกำหนด</p>

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1.... การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ ๗

2.....

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ).....ไม่มี.....

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1.นายกิตติพิชญ์ จันทิ	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 7 จ.ขอนแก่น	Tel. 084-5199811 Tel. 084-519-9811	การสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
2. นส.สุมาลี จันท ลักษณ์	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 7 จ.ขอนแก่น	Tel. 081-570-4877	การสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
3.นางศุจินันท์ ตรีเดช	ตำแหน่ง เจ้าพนักงาน สาธารณสุขอาวุโส สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 7 จ.ขอนแก่น	Tel. 086-860-8515	การสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

เขตสุขภาพที่ ๘

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)														
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ														
โครงการที่	41. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์														
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพที่ 8														
ชื่อตัวชี้วัดโครงการ	เขตสุขภาพที่ 8 มีนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ อย่างน้อย 1 เรื่อง “รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษา โรคเบาหวาน”เขตสุขภาพที่ 8 (R8 NCD Innovative Healthcare Model)														
ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ที่ 1	ร้อยละ 70 ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันตามรูปแบบที่กำหนด														
ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ที่ 2	อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 2														
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพที่ 8 หมายถึง เขตที่มีการแบ่งเขตการจัดการบริการ ตามกรอบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งการจัดเขตสุขภาพเพื่อการบริหารทรัพยากรและประชากร ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู และบึงกาฬ</p> <p>นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรมการบริหารและการจัดการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้นโดยสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ ที่จะดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 8</p> <p>กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโดยระบบ AI (Artificial Intelligence) และยินยอมเข้าร่วมโครงการ ใน 4 จังหวัดเป้าหมายอย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล</p> <p>หน่วยบริการ : รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ใน 4 จังหวัดเป้าหมายอย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล</p> <p>ประชากร 1. ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ</p> <p>2. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่เป้าหมายทุกคน</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>60</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	-	-	-	60	70
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65											
-	-	-	60	70											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคการเกิดเบาหวานในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแล และจัดการกับปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง 														
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในพื้นที่เป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโดยระบบ AI และยินยอมเข้าร่วมโครงการ														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานการให้บริการ														
แหล่งข้อมูล	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ใน 4 จังหวัดเป้าหมายอย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล														
รายการข้อมูล 1 (A)	จำนวนประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในพื้นที่เป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโดยระบบ AI ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง และยินยอมเข้าร่วมโครงการทั้งหมด														
รายการข้อมูล 2 (B)	จำนวนประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในพื้นที่เป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโดยระบบ AI ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง และยินยอมเข้าร่วมโครงการและได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรมที่กำหนด														
รายการข้อมูล 3 (C)	จำนวนประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในพื้นที่เป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโดยระบบ AI ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง และยินยอมเข้าร่วมโครงการได้รับการดูแลตามโปรแกรมที่กำหนดและป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่														

สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 1	$\frac{(B) \times 100}{(A)}$		
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 2	$\frac{(C) \times 100}{(B)}$		
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน : Small Success ปี 2565 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. จัดทำกรอบแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกรณีศึกษาโรคเบาหวาน 2. นำเสนอระบบกำกับติดตามและประเมินผล 3. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงตาม Model ต้นแบบ 4. ค้นหากลุ่มเป้าหมายเพื่อหาความเสี่ยงโดยใช้ AI 5. พัฒนา Application เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายลงทะเบียน	1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการร้อยละ 30 2. อสม.ลงทะเบียนเป็นหมอประจำครอบครัวกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 50 3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรมร้อยละ 70 4. นิเทศติดตามกำกับการดำเนินงานระดับจังหวัดระดับเขตสุขภาพ	1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการร้อยละ 60 2. อสม.ลงทะเบียนเป็นหมอประจำครอบครัวกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 90 3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรมร้อยละ 70 4. นิเทศติดตามกำกับการดำเนินงานระดับจังหวัดระดับเขตสุขภาพ	1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรมร้อยละ 70 2. อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2 3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเมินผล
วิธีการประเมินผล :	1. รายงานผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส 2. เขตสุขภาพมีเอกสาร/หลักฐานประกอบการรายงานผลการดำเนินงาน		
เอกสารสนับสนุน :	-		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2562 2563 2564
	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรม	ร้อยละ	- - 75
	อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2	ร้อยละ	- - 1.25
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ.บึงกาฬ มือถือ 08 6403 6438 2. นางรัชณี คอมแพงจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุข (ที่ปรึกษา) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 โทรศัพท์ 042 219207-8 ต่อ 219 มือถือ 081 5744599 3. นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 โทรศัพท์ 042 219207-8 ต่อ 219 มือถือ 084 5902819		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายคำภา พรหมเสนา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ มือถือ 087 4293966 2. นางสาวมณฑิลา อรรถวิภาค นักวิเคราะห์นโยบายและแผน มือถือ 061 6951624 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 โทรศัพท์ 042 219207-8 ต่อ 219		

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

(Inspection Guideline)

ประเด็น Innovative Healthcare Management

หัวข้อ เขตสุขภาพที่ ๘ มีนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ อย่างน้อย ๑ เรื่อง

“รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษา โรคเบาหวาน”เขตสุขภาพที่ ๘ (NCD Innovative Healthcare Model)

คำนิยาม

เขตสุขภาพที่ ๘ หมายถึง เขตที่มีการแบ่งเขตการจัดการบริการ ตามกรอบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งการจัดเขตสุขภาพเพื่อการบริหารทรัพยากรและประชากร ประกอบด้วย ๗ จังหวัด ได้แก่ อุตรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู และบึงกาฬ

นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรมบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้นโดยสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ ที่จะดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๘ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโดยระบบ AI (Artificial Intelligence) และยินยอมเข้าร่วมโครงการ ใน ๔ จังหวัดเป้าหมายอย่างน้อยอำเภอละ ๑ ตำบล

หน่วยบริการ : รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ใน ๔ จังหวัดเป้าหมายอย่างน้อยอำเภอละ ๑ ตำบล

ประชากร ๑. ประชากรอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่ได้รับคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ
๒. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่เป้าหมายทุกคน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ใน ๔ จังหวัดเป้าหมาย อย่างน้อยอำเภอละ ๑ ตำบล เข้าร่วมนวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (NCD Innovative Healthcare Model)	๑. จัดทำกรอบแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษาโรคเบาหวาน ๒. นำเสนอความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ๓. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงตาม Model ต้นแบบ ๔. ค้นหากลุ่มเป้าหมายเพื่อหา กลุ่มเสี่ยงโดยใช้ AI	สรุปผลความก้าวหน้าของ การดำเนินงาน/ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ใน ๔ จังหวัดเป้าหมายอย่างน้อย อำเภอละ ๑ ตำบล มีความก้าวหน้าในการดำเนินงาน มีการติดตั้ง Application เพื่อให้ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ลงทะเบียน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานนวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (NCD Innovative Healthcare Model)	๑. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ ๒. อสม.ลงทะเบียนเป็นหมอประจำครอบครัวกลุ่มเสี่ยง ๓. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรม	สรุปผลการดำเนินงาน/ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา	๑. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ ได้รับการเฝ้าระวังดูแลตาม โปรแกรม ๒. อัตราการเกิดโรคเบาหวาน รายใหม่ในกลุ่มเป้าหมาย

Small Success

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑. จัดทำกรอบแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกรณีศึกษาโรคเบาหวาน</p> <p>๒. นำเสนอระบบกำกับติดตามและประเมินผล</p> <p>๓. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงตาม Model ต้นแบบ</p> <p>๔. ค้นหากลุ่มเป้าหมายเพื่อหาความเสี่ยงโดยใช้ AI</p> <p>๕. พัฒนา Application เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายลงทะเบียน</p>	<p>๑. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการร้อยละ ๓๐</p> <p>๒. อสม.ลงทะเบียนเป็นหมอประจำครอบครัวกลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๕๐</p> <p>๓. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรมร้อยละ ๗๐</p> <p>๔. นิเทศติดตามกำกับการดำเนินงานระดับจังหวัดระดับเขตสุขภาพ</p>	<p>๑. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการร้อยละ ๖๐</p> <p>๒. อสม.ลงทะเบียนเป็นหมอประจำครอบครัวกลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๙๐</p> <p>๓. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรมร้อยละ ๗๐</p> <p>๔. นิเทศติดตามกำกับการดำเนินงานระดับจังหวัดระดับเขตสุขภาพ</p>	<p>๑. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรมร้อยละ ๗๐</p> <p>๒. อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๒</p> <p>๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเมินผล</p>

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

- ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรม
- อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเป้าหมาย

สูตรคำนวณ

A = จำนวนประชาชนอายุ ๑๘ ปีขึ้นไปในพื้นที่เป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโดยระบบ AI ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง และยินยอมเข้าร่วมโครงการทั้งหมด

B = จำนวนประชาชนอายุ ๑๘ ปีขึ้นไปในพื้นที่เป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโดยระบบ AI ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง และยินยอมเข้าร่วมโครงการและได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามโปรแกรมที่กำหนด

C = จำนวนประชาชนอายุ ๑๘ ปีขึ้นไปในพื้นที่เป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโดยระบบ AI ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง และยินยอมเข้าร่วมโครงการได้รับการดูแลตามโปรแกรมที่กำหนดและป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่

สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 1

$$\frac{B \times 100}{A}$$

สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 2

$$\frac{C \times 100}{B}$$

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นพ.กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ.บึงกาฬ มือถือ 08 6403 6438
- นางรัชณี คอมแพงจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุข (ที่ปรึกษา) มือถือ 081 5744599
- นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบุลย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 084 5902819
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 โทรศัพท์ 042 219207-8 ต่อ 219

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

- นายคำภา พรหมเสนา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ มือถือ 087 4293966
- นางสาวมณฑพัช อรรถวิภาค นักวิเคราะห์นโยบายและแผน มือถือ 061 6951624
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 โทรศัพท์ 042 219207-8 ต่อ 219

เขตสุขภาพที่ ๙

หมวด	๓. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
แผนที่	๑๐. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ระดับการวัดผล	ระดับเขตสุขภาพ
ตัวชี้วัด	<p><u>ตัวชี้วัดหลัก</u></p> <p>๑. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้ง ๕ แห่ง มีการจัดการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเขตสุขภาพที่ ๙ อย่างน้อยแห่งละ ๑ เรื่องต่อปี</p> <p>๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีการประเมินผลการฝึกอบรม</p> <p>๓. ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพ เขตสุขภาพที่ ๙ ได้รับการติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรม และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบได้</p> <p><u>ตัวชี้วัดรอง</u></p> <p>๑. การบริหารทรัพยากรบุคคลมีอัตราว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการไม่เกินร้อยละ ๓</p> <p>๒. การบริหารทรัพยากรบุคคลมีอัตราว่างประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง (รายเดือน) ไม่เกินร้อยละ ๕</p> <p>๓. หน่วยบริการมีเงินบำรุงคงเหลือติดลบลดลง ร้อยละ ๒๐</p> <p>๔. ทีม PCC มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายใหม่ ทั้ง ๔ จังหวัด อย่างน้อยจังหวัดละ ๒ ทีม</p> <p>๕. ร้อยละ ๑๐๐ ของสถานพยาบาลทุกระดับมีการติดตั้ง R9gateway เพื่อเชื่อมโยงระบบการบริหารจัดการข้อมูล เขตสุขภาพที่ ๙ (DataLake)</p> <p>๖. มีการจัดอบรมหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการวิจัย อย่างน้อย ๑ หลักสูตร</p>
คำนิยาม	<p>๑. นวัตกรรมจัดการบริการด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ ๙ (The R9 miracle school : HRD คุณภาพ) หมายถึง ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร เขตสุขภาพที่ ๙ จำนวน ๕ แห่ง ดังนี้</p> <p>๑. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (School of Human Resource Management) ที่ตั้งโรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๒. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (School of Financial) ที่ตั้งโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์</p> <p>๓. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ (School of Information and Technology) ที่ตั้งโรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ</p> <p>๔. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านปฐมภูมิ (School of Primary Care) ที่ตั้งโรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์</p> <p>๕. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านนวัตกรรมทางการแพทย์ (School of Innovative) ที่ตั้งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และหรือคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๒. จำนวนการจัดการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร เขตสุขภาพที่ ๙ หมายถึง จำนวนครั้งของการฝึกอบรมของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละแห่ง</p>

<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ๑. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้ง ๕ แห่ง มีการจัดการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเขตสุขภาพที่ ๙ อย่างน้อยแห่งละ ๑ เรื่องต่อปี</p> <p>๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีการประเมินผลการฝึกอบรม</p> <p>๓. ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพ เขตสุขภาพที่ ๙ ได้รับการติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรม และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบได้</p> <p>๔. การบริหารทรัพยากรบุคคลมีอัตราว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการไม่เกินร้อยละ ๓</p> <p>๕. การบริหารทรัพยากรบุคคลมีอัตราว่างประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง (รายเดือน) ไม่เกินร้อยละ ๕</p> <p>๖. หน่วยบริการมีเงินบำรุงคงเหลือติดลบลดลง ร้อยละ ๒๐</p> <p>๗. ทีม PCC มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายใหม่ ทั้ง ๔ จังหวัด อย่างน้อยจังหวัดละ ๒ ทีม</p> <p>๘. ร้อยละ ๑๐๐ ของสถานพยาบาลทุกระดับมีการติดตั้ง R๔gateway เพื่อเชื่อมโยงระบบการบริหารจัดการข้อมูล เขตสุขภาพที่ ๙ (Datalake)</p> <p>๙. มีการจัดอบรมหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการวิจัย อย่างน้อย ๑ หลักสูตร</p>		
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ ๙ ให้มีความรู้ความเข้าใจ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. เพื่อกำกับ ติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมจากศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละแห่ง</p>	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร จำนวน ๕ แห่ง</p> <p>๒. บุคลากรในเขตสุขภาพที่ ๙</p> <p>๓. บุคลากรนอกเขตสุขภาพที่ ๙</p>	
รายการข้อมูล	เขตสุขภาพที่ ๙	ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร
วิธีจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. จำนวนการจัดการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <p>๒. การประเมินผลการอบรมของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละแห่ง</p> <p>๓. การติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรมในศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละแห่ง</p>	<p>๑. จำนวนการจัดการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <p>๒. การประเมินผลการอบรมของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละแห่ง</p>
แหล่งข้อมูล	<p>๑. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <p>๒. หน่วยงานที่บุคลากร</p>	จากศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร
รายการข้อมูลที่ ๑	<p>A = ๑. จำนวนศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีการจัดการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างน้อยแห่งละ ๑ เรื่องต่อปี</p> <p>๒. จำนวนศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีการประเมินผลการฝึกอบรม</p>	

	๓. จำนวนบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพที่ได้รับการติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรม
รายการข้อมูลที่ ๒	B = ๑. จำนวนศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งหมด ๒. จำนวนศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งหมด ๓. จำนวนบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมิน	๑. ไตรมาสที่ ๑ , ๒ , ๓ และ ๔ ๒. ไตรมาสที่ ๑ , ๒ , ๓ และ ๔ ๓. ไตรมาส ๔
วิธีประเมินผล	การวัด/วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๒๕ ของ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้ง ๕ แห่ง มีการจัดการฝึกอบรมอย่างน้อยแห่งละ ๑ เรื่องต่อปี	ร้อยละ ๕๐ ของ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพบุคลากรทั้ง ๕ แห่ง มีการจัดการ ฝึกอบรมอย่างน้อยแห่งละ ๑ เรื่องต่อปี	ร้อยละ ๗๕ ของ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพ บุคลากรทั้ง ๕ แห่ง มีการจัดการฝึกอบรม อย่างน้อยแห่งละ ๑ เรื่องต่อปี	ร้อยละ ๑๐๐ ของ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ทั้ง ๕ แห่ง มีการจัดการ ฝึกอบรมอย่างน้อยแห่ง ละ ๑ เรื่องต่อปี
ร้อยละ ๒๕ ของ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพ บุคลากรมีการ ประเมินผลการ ฝึกอบรม	ร้อยละ ๕๐ ของ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพบุคลากรมีการ ประเมินผลการฝึกอบรม	ร้อยละ ๗๕ ของ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพ บุคลากรมีการ ประเมินผลการ ฝึกอบรม	ร้อยละ ๑๐๐ ของ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพบุคลากร มีการประเมินผลการ ฝึกอบรม
รอบ ๑๒ เดือน			
๓. ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพ เขตสุขภาพที่ ๙ ได้รับการติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรม และสามารถ นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบได้ ๔. การบริหารทรัพยากรบุคคลมีอัตราว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ไม่เกินร้อยละ ๓ ๕. การบริหารทรัพยากรบุคคลมีอัตราว่างประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง (รายเดือน) ไม่เกินร้อยละ ๕ ๖. หน่วยบริการมีเงินบำรุงคงเหลือติดลบลดลง ร้อยละ ๒๐ ๗. ทีม PCC มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายใหม่ ทั้ง ๔ จังหวัด อย่างน้อยจังหวัดละ ๒ ทีม ๘. ร้อยละ ๑๐๐ ของสถานพยาบาลทุกระดับมีการติดตั้ง R๔gateway เพื่อเชื่อมโยงระบบ การบริหารจัดการข้อมูล เขตสุขภาพที่ ๙ (Datalake) ๙. มีการจัดอบรมหลักสูตรเพื่อพัฒนา ศักยภาพบุคลากรเพื่อการวิจัย อย่างน้อย ๑ หลักสูตร			

วิธีการประเมิน	การวัด/วิเคราะห์					
เอกสารสนับสนุน	๑. หลักสูตรในการฝึกอบรมของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ๒. แบบสรุปผลการฝึกอบรมของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ๓. ผลการทดสอบก่อน – หลังการฝึกอบรมของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ๔. แบบสอบถามติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรม					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baselinedata	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔
	<u>ตัวชี้วัดหลัก</u>	ร้อยละ	๒๕	๕๐	๗๕	๑๐๐
	๑. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพบุคลากรทั้ง ๕ แห่ง มีการจัดการฝึกอบรม และ พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน เขตสุขภาพที่ ๙ อย่างน้อย แห่งละ ๑ เรื่องต่อปี					
	๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของศูนย์ ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพ บุคลากรมีการประเมินผล การฝึกอบรม	ร้อยละ	๒๕	๕๐	๗๕	๑๐๐
	๓. ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากร ที่เข้ารับการฝึกอบรมและ พัฒนาศักยภาพ เขตสุขภาพ ที่ ๙ ได้รับการติดตามผลการ ปฏิบัติงานของบุคลากรที่เข้า รับการฝึกอบรม และ สามารถนำความรู้ไป ประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ของหน่วยงานที่รับผิดชอบได้	ร้อยละ	-	-	-	๘๐
	<u>ตัวชี้วัดรอง (รอบ ๑๒ เดือน)</u>					
	๑. การบริหารทรัพยากร บุคคลมีอัตราว่างประเภท ข้าราชการและพนักงาน ราชการ ไม่เกินร้อยละ ๓	ร้อยละ	ผ่านเกณฑ์ ที่กำหนด			
๒. การบริหารทรัพยากร บุคคลมีอัตราว่างประเภท พนักงานกระทรวง สาธารณสุขและลูกจ้าง ชั่วคราวเงินบำรุง (รายเดือน) ไม่เกินร้อยละ ๕	ร้อยละ	ผ่านเกณฑ์ ที่กำหนด				
๓. หน่วยบริการมีเงินบำรุง คงเหลือติดลบลดลง ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ	ผ่านเกณฑ์ ที่กำหนด				

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="544 215 903 468">๕. ร้อยละ ๑๐๐ ของสถานพยาบาลทุกระดับมีการติดตั้ง R๔gateway เพื่อเชื่อมโยงระบบการบริหารจัดการข้อมูล เขตสุขภาพที่ ๙ (Datalake)</td> <td data-bbox="903 215 1035 468">ร้อยละ</td> <td data-bbox="1035 215 1525 468">ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 468 903 595">๖. มีการจัดอบรมหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการวิจัย อย่างน้อย ๑ หลักสูตร</td> <td data-bbox="903 468 1035 595">จำนวน</td> <td data-bbox="1035 468 1525 595">ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td> </tr> </table>	๕. ร้อยละ ๑๐๐ ของสถานพยาบาลทุกระดับมีการติดตั้ง R๔gateway เพื่อเชื่อมโยงระบบการบริหารจัดการข้อมูล เขตสุขภาพที่ ๙ (Datalake)	ร้อยละ	ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	๖. มีการจัดอบรมหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการวิจัย อย่างน้อย ๑ หลักสูตร	จำนวน	ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
๕. ร้อยละ ๑๐๐ ของสถานพยาบาลทุกระดับมีการติดตั้ง R๔gateway เพื่อเชื่อมโยงระบบการบริหารจัดการข้อมูล เขตสุขภาพที่ ๙ (Datalake)	ร้อยละ	ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด					
๖. มีการจัดอบรมหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการวิจัย อย่างน้อย ๑ หลักสูตร	จำนวน	ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด					
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>นายอภิชาติ อยู่สำราญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖ ๔๖๘ ๗๘๘๗ โทรสาร : ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘ E - mail : hrr9health@gmail.com</p> <p>นางสาวพลอยนิตา เจริญกฤตการณ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๐ ๒๖๕ ๘๔๘๑ โทรสาร : ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘ E - mail : hrr9health@gmail.com</p> <p>นางสาววรรณนิตา นวะะนิน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙ ๔๖๐ ๐๑๐๑ โทรสาร : ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘ E - mail : hrr9health@gmail.com</p>						
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙</p>						
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. นายอภิชาติ อยู่สำราญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖ ๔๖๘ ๗๘๘๗ โทรสาร : ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘ E - mail : hrr9health@gmail.com</p> <p>๒. นางสาวพลอยนิตา เจริญกฤตการณ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๐ ๒๖๕ ๘๔๘๑ โทรสาร : ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘ E - mail : hrr9health@gmail.com</p>						

เขตสุขภาพที่ ๑๐

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

(Inspection Guideline)

ประเด็น Pneumonia ,Sepsis, COPD

หัวข้อ : Pneumonia

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยปอดอักเสบ

คำนิยาม : ผู้ป่วย pneumonia ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ

ผู้ป่วย Pneumonia หมายถึงผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) และ โรคร่วม Comorbidity (Sdx) เป็นโรคปอดอักเสบ ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด

การเสียชีวิตหลังเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดบวม หมายถึงการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยปอดบวมที่มี Principal Diagnosis (Pdx) และผู้ป่วยที่มีโรคร่วม Comorbidity (Sdx) เป็นโรคปอดบวม ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ

รหัสโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด Pdx or Sdx = J10.0 - J18.9, J85.0 - J85.1

สูตรในการคำนวณ = (A/B) x 100

ตัวตั้ง A= จำนวนครั้งการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดบวมจากทุกหอผู้ป่วย

ตัวหาร B = จำนวนครั้งการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคปอดบวมจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑. อัตราการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลประจำปี (fluenza vaccine) ในกลุ่มเสี่ยง
กลุ่มเสี่ยง : โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J41-44) โรคหอบหืด (I45-46) โรคหัวใจ (I01, I05-09, I11, I20-25) โรคหลอดเลือดสมอง (I60-69) โรคเบาหวาน (E10-14) โรคไตวายเรื้อรัง(N18-19) และโรคมะเร็ง (C00-98) ภาวะความดันโลหิตสูง (I10-15) ไชมันในเลือดสูง (E78)และความผิดปกติทางสมองรวมสมองเสื่อม (F00-09) หญิงตั้งครรภ์ Z34.0 Z34.8 และ Z34.9 Z35.0-Z35.9 ผู้มีอายุมากกว่า 65 ปีและเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี
รหัสการได้วัคซีน fluenza vaccine: Z25

สูตรในการคำนวณ = (A/B) x 100

A = จำนวนกลุ่มเสี่ยง ที่ได้วัคซีน รหัส Z 25

B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดตามรหัสที่กำหนด

๒. อัตราผู้ป่วย pneumonia with septic shock , pneumonia with Acute Respiratory Failure ที่ได้ admission ใน ICU ตั้งแต่แรก (fast track ICU)
รหัสโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด

A= Pdx: J10.0 - J18.9+Sdx R572 , Pdx J10.0 - J18.9+Sdx J 960 และ(รวม) Sdx J10.0 - J18.9+Sdx R572, Sdx J10.0 - J18.9+Sdx J 960 ที่ admission ICU ตั้งแต่แรก

B= Pdx J10.0 - J18.9+Sdx R572 , Pdx J10.0 - J18.9+Sdx J 960 และ(รวม) Sdx J10.0 - J18.9+Sdx R572, Sdx J10.0 - J18.9+Sdx J 960 ที่จำหน่ายทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

สูตรในการคำนวณ = (A / B) x 100

A= จำนวนผู้ป่วย pneumonia with septic shock , pneumonia with Acute Respiratory Failure ที่ได้ admission ใน ICU ตั้งแต่แรก (fast track ICU)

B= จำนวนผู้ป่วย pneumonia with septic shock , pneumonia with Acute Respiratory Failure ที่จำหน่ายทั้งหมด

หมายเหตุ ระวังอ่านนับซ้ำ ๒ ครั้ง กรณีผู้ป่วยมีภาวะ septic shock (R 572) และ การหายใจล้มเหลว (J 960) ในรายเดียวกัน ให้กรองการนับซ้ำเสมอ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นรอบ ๑			
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยปอดอักเสบ น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ %	๑.มีการเพาะเชื้อจากเสมหะใน รพnode ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ๒. รพช ในเขตระดับ F2-M1 มียา carbapenem และมีการควบคุมการใช้ด้วย DUE ที่เหมาะสม ๓.ทุกจังหวัดมีการอบรมการวินิจฉัยและดูแลรักษา	ร้อยละของ รพ node ส่งเพาะเชื้อเสมหะก่อนรักษา ร้อยละของ รพ node ระดับ F2-M1 มียา carbapenem และมีการควบคุมการใช้ด้วย DUE ที่เหมาะสม ทุกจังหวัดมีการอบรมการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรค	ร้อยละของ รพ node ส่งเพาะเชื้อเสมหะก่อนรักษามากกว่า ร้อยละ ๓๐ รพช ในเขตระดับ F2-M1 มียา carbapenem และมีการควบคุมการใช้ด้วย DUE ที่เหมาะสม มากกว่า ร้อยละ ๓๐ มีการจัดอบรมมีกลุ่มLINEและมีการใช้งานจริงทุกจังหวัด

	<p>โรคปอดอักเสบให้กับ ทุก รพช มีกลุ่มLINE ให้ คำปรึกษาเรื่อง pneumonia sepsis</p> <p>๔.ทุกจังหวัดมีอย่างน้อย ๑ อำเภอที่มีการ ดำเนินงานlong term care ในกลุ่มผู้พิการ หลอดเลือดสมอง สูงอายุ</p>	<p>ปอดอักเสบให้กับ ทุก รพช มีกลุ่มLINE ให้ คำปรึกษาเรื่อง pneumonia sepsis</p> <p>ทุกจังหวัดมีอย่างน้อย ๑ อำเภอที่มีการดำเนินงาน long term careในกลุ่มผู้ พิการ หลอดเลือดสมอง สูงอายุ</p>	<p>อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ อำเภอ</p>
<p>อัตราการได้รับวัคซีน ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ประจำปี (fluenza vaccine) ในกลุ่มเสี่ยง มากกว่า ร้อยละ ๒๕</p>	<p>รณรงค์และจัดฉีดวัคซีน ไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง</p>	<p>ร้อยละความครอบคลุม ของการฉีดวัคซีนไข้หวัด ใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง</p>	<p>ความครอบคลุมของ การฉีดวัคซีนไข้หวัด ใหญ่ในกลุ่มเสี่ยงไม่ ต่ำกว่า ร้อยละ ๒๕</p>
<p>อัตราการรักษาในICU ใน ผู้ป่วย pneumonia ที่มี septic shock หรือ respiratory failure มากกว่า ร้อยละ ๒๕</p>	<p>จัดให้มีICUให้เพียงพอ สำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบ รุนแรงโดยเฉพาะที่มีภาวะ septic shock หรือ การ หายใจล้มเหลวร่วมด้วย ใน โรงพยาบาลระดับ M1-A</p>	<p>ร้อยละของผู้ป่วยปอด อักเสบที่มีภาวะseptic shock หรือ acute respiratory failure ที่ได้รับการ การรักษาในICUของ รพ ตั้งแต่ระดับ M1-A</p>	<p>ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มี ภาวะseptic shock หรือ acute respiratory failure ที่ได้รับการ รักษาในICUของ รพ ตั้งแต่ระดับ M1-A มากกว่าร้อยละ ๒๕</p>
<p>อัตราการกำเริบของ COPD อายุมากกว่า ๑๕ ปี น้อยกว่า ๑๓๐ ครั้ง/ แสนประชากร</p>	<p>มียาพ่น.CS/LABA ใน รพ ทุกแห่ง F3-A มีspirometry และมีการใช้ งาน</p>	<p>ร้อยละของ รพ ทุกแห่งที่มี ยาพ่น ICS+LABA ร้อยละของ รพ ที่มีการใช้ งาน spirometry</p>	<p>รพ ทุกแห่งที่มียาพ่น ICS+LABA มากกว่าร้อยละ ๔๐ รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า ๔๐</p>

<p>อัตราการกำเริบของ COPD อายุมากกว่า ๔๐ ปี น้อยกว่า ๑๓๐ ครั้ง/ แส่นประชากร</p>	<p>มียาพ่น LAMA ใน รพM2-A มี spirometry และมีการใช้งาน</p>	<p>ร้อยละของ รพ ระดับ M2-A ที่มียาพ่น LAMA ร้อยละของ รพ ที่มีการใช้งาน spirometry</p>	<p>รพ ระดับ m2-A ที่มียาพ่น LAMA มากกว่า ร้อยละ ๔๐ รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า ๔๐</p>
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นรอบ ๒</p>			
<p>อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยปอดอักเสบ น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐ %</p>	<p>๑. มีการเพาะเชื้อจากเสมหะใน รพ node ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ</p> <p>๒. รพช ในเขตระดับ F2-M1 มียา carbapenem และมีการควบคุมการใช้ด้วย DUE ที่เหมาะสม</p> <p>๓. ทุกจังหวัดมีการอบรมการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอักเสบให้กับ รพช มีกลุ่ม LINE ให้คำปรึกษาเรื่อง pneumonia sepsis</p> <p>๔. ทุกจังหวัดมีอย่างน้อย ๑ อำเภอที่มีการดำเนินงาน long term care ในกลุ่มผู้พิการ หลอดเลือดสมอง สูงอายุ</p>	<p>ร้อยละของ รพ node ส่งเพาะเชื้อเสมหะก่อนรักษา</p> <p>ร้อยละของ รพ node ระดับ F2-M1 มียา carbapenem และมีการควบคุมการใช้ด้วย DUE ที่เหมาะสม</p> <p>ทุกจังหวัดมีการอบรมการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอักเสบให้กับ รพช มีกลุ่ม LINE ให้คำปรึกษาเรื่อง pneumonia sepsis</p> <p>ทุกจังหวัดมีอย่างน้อย ๑ อำเภอที่มีการดำเนินงาน long term care ในกลุ่มผู้พิการ หลอดเลือดสมอง สูงอายุ</p>	<p>ร้อยละของ รพ node ส่งเพาะเชื้อเสมหะก่อนรักษา มากกว่า ร้อยละ ๕๐</p> <p>รพช ในเขตระดับ F2-M1 มียา carbapenem และมีการควบคุมการใช้ด้วย DUE ที่เหมาะสม มากกว่า ร้อยละ ๕๐</p> <p>มีการจัดอบรม มีกลุ่ม LINE และมีการใช้งานจริงทุกจังหวัด</p> <p>อย่างน้อยจังหวัดละ ๒ อำเภอ</p>
<p>อัตราการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ประจำปี (fluenza vaccine) ในกลุ่มเสี่ยง</p>	<p>รณรงค์และจัดฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง</p>	<p>ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง</p>	<p>ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยงไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๔๐</p>

มากกว่า ร้อยละ ๔๐			
อัตราการรักษาในICU ในผู้ป่วย pneumonia ที่มี septic shock หรือ respiratory failure มากกว่า ร้อยละ ๓๐	จัดให้มีICUให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงโดยเฉพาะที่มีภาวะ septic shock หรือ การหายใจล้มเหลวร่วมด้วย ใน โรงพยาบาลระดับ M1-A	ร้อยละของผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะseptic shock หรือ acute respiratory failure ที่ได้รับการรักษาในICUของ รพ ตั้งแต่ระดับ M1-A	ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะseptic shock หรือ acute respiratory failure ที่ได้รับการรักษาในICUของ รพ ตั้งแต่ระดับ M1-A มากกว่าร้อยละ ๓๐
อัตราการกำเริบของ COPD อายุมากกว่า ๑๕ ปี น้อยกว่า ๑๓๐ ครั้ง/แสนประชากร	มียาพ่น .CS/LABA ใน รพ ทุกแห่ง F3-A มีspirometry และมีการใช้งาน	ร้อยละของ รพ ทุกแห่งที่มี ยาพ่น ICS+LABA ร้อยละของ รพ ที่มีการใช้งาน spirometry	รพ ทุกแห่งที่มียาพ่น ICS+LABA มากกว่าร้อยละ ๕๐ รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า ๕๐
อัตราการกำเริบของ COPD อายุมากกว่า ๔๐ ปี น้อยกว่า ๑๓๐ ครั้ง/แสนประชากร	มียาพ่น LAMA ใน รพM2-A มีspirometry และมีการใช้งาน	ร้อยละของ รพ ระดับ M2-A ที่มียาพ่น LAMA ร้อยละของ รพ ที่มีการใช้งาน spirometry	รพ ระดับ m2-Aที่มียาพ่น LAMA มากกว่า ร้อยละ ๕๐ รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า ๕๐

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ร้อยละของ รพ node ส่ง เพาะเชื้อเสมหะก่อนรักษา มากกว่า ร้อยละ ๓๐ รพช ในเขตระดับ F2-M1 มี ยาcarbapenem และมี การควบคุมการใช้ด้วย DUE	ร้อยละของ รพ node ส่ง เพาะเชื้อเสมหะก่อนรักษา มากกว่า ร้อยละ ๓๕ รพช ในเขตระดับ F2-M1 มี ยาcarbapenem และมี การควบคุมการใช้ด้วย DUE ที่	ร้อยละของ รพ node ส่ง เพาะเชื้อเสมหะก่อนรักษา มากกว่า ร้อยละ ๔๐ รพช ในเขตระดับ F2-M1 มี ยาcarbapenem และมี การควบคุมการใช้ด้วย	ร้อยละของ รพ node ส่ง เพาะเชื้อเสมหะก่อนรักษา มากกว่า ร้อยละ ๔๕ รพช ในเขตระดับ F2-M1 มี ยาcarbapenem และ มีการควบคุมการใช้ด้วย

<p>ที่เหมาะสม มากกว่า ร้อยละ ๓๐</p> <p>ทุกจังหวัดมีอย่างน้อย ๑ อำเภอที่มีการดำเนินงาน long term care ในกลุ่มผู้พิการ หลอดเลือดสมอง สูงอายุ</p> <p>ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยงไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๒๕</p>	<p>เหมาะสม มากกว่า ร้อยละ ๓๐</p> <p>ทุกจังหวัดมีอย่างน้อย ๑ อำเภอที่มีการดำเนินงาน long term care ในกลุ่มผู้พิการ หลอดเลือดสมอง สูงอายุ</p> <p>ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยงไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๓๐</p>	<p>DUE ที่เหมาะสม มากกว่า ร้อยละ ๔๐</p> <p>ทุกจังหวัดมีอย่างน้อย ๒ อำเภอที่มีการดำเนินงาน long term care ในกลุ่มผู้พิการ หลอดเลือดสมอง สูงอายุ</p> <p>ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยงไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๓๕</p>	<p>DUE ที่เหมาะสม มากกว่า ร้อยละ ๔๐</p> <p>ทุกจังหวัดมีอย่างน้อย ๒ อำเภอที่มีการดำเนินงาน long term care ในกลุ่มผู้พิการ หลอดเลือดสมอง สูงอายุ</p> <p>ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยงไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๔๐</p>
<p>ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะ septic shock หรือ acute respiratory failure ที่ได้รับการรักษาในICUของ รพ ตั้งแต่ระดับ M1-A มากกว่า ร้อยละ ๓๐</p>	<p>ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะ septic shock หรือ acute respiratory failure ที่ได้รับการรักษาในICUของ รพ ตั้งแต่ระดับ M1-A มากกว่า ร้อยละ ๓๗.๕</p>	<p>ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะ septic shock หรือ acute respiratory failure ที่ได้รับการรักษาในICUของ รพ ตั้งแต่ระดับ M1-A มากกว่า ร้อยละ ๓๕</p>	<p>ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะ septic shock หรือ acute respiratory failure ที่ได้รับการรักษาในICUของ รพ ตั้งแต่ระดับ M1-A มากกว่าร้อยละ ๓๗.๕</p>
<p>รพ ทุกแห่งที่มียาพ่น ICS+LABA มากกว่าร้อยละ ๔๐</p> <p>รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า๔๐</p>	<p>รพ ทุกแห่งที่มียาพ่น ICS+LABA มากกว่าร้อยละ ๔๓</p> <p>รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า๔๓</p>	<p>รพ ทุกแห่งที่มียาพ่น ICS+LABA มากกว่าร้อยละ ๔๖</p> <p>รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า๔</p>	<p>รพ ทุกแห่งที่มียาพ่น ICS+LABA มากกว่าร้อยละ ๕๐</p> <p>รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า๕๐</p>
<p>รพ ระดับ m2-Aที่มียาพ่น ILAMA มากกว่าร้อยละ ๔๐</p> <p>รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า๔๐</p>	<p>รพ ระดับ m2-Aที่มียาพ่น ILAMA มากกว่าร้อยละ ๔๓</p> <p>รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า๔๓</p>	<p>รพ ระดับ m2-Aที่มียาพ่น ILAMA มากกว่าร้อยละ ๔๖</p> <p>รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า๔๖</p>	<p>รพ ระดับ m2-Aที่มียาพ่น ILAMA มากกว่าร้อยละ ๕๐</p> <p>รพ ที่มีการใช้งาน spirometry มากกว่า๕๐</p>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: โรงพยาบาลศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุข ศรีสะเกษ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
น.ส. ปฐมวดี สิงห์ดง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ	Tel 084-5191036 e-mail : pathomwadee@gmail.com	ทุกตัวชี้วัด
น.ส.ชลิตา จันทเภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ	Tel 081-9674496 e-mail :chld_ch@hotmail.com	ทุกตัวชี้วัด

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
น.ส. ปฐมวดี สิงห์ดง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ	Tel 084-5191036 e-mail : pathomwadee@gmail.com	ทุกตัวชี้วัด
น.ส.ชลิตา จันทเภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ	Tel 081-9674496 :chld_ch@hotmail.com	ทุกตัวชี้วัด

เขตสุขภาพที่ ๑๑

แบบแจ้งประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (Area based) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

เขตสุขภาพที่ ๑๑

ประเด็นนวัตกรรมเขตสุขภาพ (Innovative Healthcare Management)

๑. Virtual Hospital

- ทั้งนี้ ขอให้ส่งแบบฟอร์มที่ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ งานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ
ที่ email-address : moph.inspect@gmail.com ภายในวันที่ ๑๐ ก.ย. ๖๕
- ผู้ประสานงาน : นายณัฐนันท์ สุตะวงศ์ , นางสาวสิรินันท์ พานพิศ ๑ นางสาวขวัญแก้ว จันทรวีเชียร
โทร ๐๒ ๔๙๐ ๑๖๐๒

ลงชื่อ ศุภลักษณ์ ละอองเพชร ผู้ให้ข้อมูล
(แพทย์หญิงศุภลักษณ์ ละอองเพชร)
ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการพัฒนางานวิจัย
และนวัตกรรม เขตสุขภาพที่ ๑๑

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

(Inspection Guideline)

ประเด็น Innovative Healthcare Management

เขตสุขภาพที่ ๑๑

ตัวชี้วัด ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ (๑๐๐%)

คำนิยาม

เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารราชการส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค เพื่อให้มีการบริหารจัดการและการจัดบริการสาธารณสุข ได้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น โดยมีโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างการบริหารองค์กร ในรูปแบบคณะกรรมการพื้นฐาน ๒ ชุด คือ ๑) คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ และทิศทางการดำเนินงานในเขตสุขภาพ ให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติและกระทรวงสาธารณสุข ๒) คณะกรรมการเขตสุขภาพ มีหน้าที่ในการนำนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนา ระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ขอบเขตการดำเนินงาน คือ

๑. เขตสุขภาพที่ ๑๑ ประกอบด้วย ๗ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต ชุมพร ระนอง พังงา กระบี่

๒. กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ของทั้ง ๗ จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๑๑

๓. นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรมบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น

๔. นวัตกรรม (Innovative) หมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็น ความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น ที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (ความหมายตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒)

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

๖. ออกแบบระบบ (System Designs) หมายถึง การออกแบบกระบวนการ วิธีการ แนวทาง ในการทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ เช่น การออกแบบระบบเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยนอก เป็นต้น

๗. กลไก (mechanism) หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบมีการขับเคลื่อนหรือดำเนินอยู่ได้ โดยมีการจัดสรรทรัพยากร มีการจัดองค์กร หน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคลเป็นผู้ดำเนินงาน เช่น มี MCH Board เพื่อขับเคลื่อนงานแม่และเด็ก เป็นต้น

๘. ระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล (Regulate Monitoring and Evaluation) หมายถึง กระบวนการ ขั้นตอน วิธีการ ในการตรวจสอบ การดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ตลอดจนการแก้ไขปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

๙. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ของบุคคลหนึ่ง หรือกลุ่มบุคคลหนึ่ง ให้อีกบุคคลหนึ่ง หรืออีกกลุ่มบุคคลหนึ่ง ด้วยความเต็มใจ ซึ่งอาจจะเป็นการแลกเปลี่ยนในสถานที่พบเจอกัน หรือผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ และเกิดการต่อยอดความรู้หรือเกิดการเผยแพร่ความรู้ให้กว้างขวางต่อไป

๑๐.Virtual Hospital คือโรงพยาบาลบนโลกออนไลน์ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและแพทย์สามารถพูดคุยตอบโต้กันได้แบบ Real-time พร้อมด้วยบริการครบวงจรเสมือนการเข้าโรงพยาบาลจริง โดยมีบริการหลัก คือ บริการปรึกษาแพทย์ออนไลน์ และบริการเสริมอีกมากมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่เสมือนจริง ไม่ต่างกับการเข้าโรงพยาบาล อาทิ

- **Medecine Delivery** บริการจัดส่งยาถึงบ้าน ให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง ในเวลาอันรวดเร็ว
- **Test@Home** บริการเจาะเลือดนอกสถานที่ เพื่อการวินิจฉัยที่แม่นยำ
- **Vaccine @Home** บริการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ นอกสถานที่

การให้คำแนะนำและบริการทางการแพทย์นี้ เป็นไปในกรอบจำกัดตามข้อมูลที่แพทย์ได้รับจากผู้รับบริการ แต่ไม่จัดเป็นการวินิจฉัยทางการแพทย์ และไม่สามารถให้บริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการรักษาทางการแพทย์เร่งด่วน **ปรึกษาหมอ ออนไลน์ ทุกวัน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง**

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินการในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
มีการวางแผน มีกลไกการดำเนินงาน มีระบบข้อมูล	๑. พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อน ๒. พัฒนาการจัดการเชิงกลยุทธ์	- มีแผนงานเชิงบูรณาการระดับเขต - มีคณะทำงานขับเคลื่อนแผน - ระบบข้อมูล - รายงานความก้าวหน้าของการบริหารจัดการ	- ประเด็นนวัตกรรม - รูปแบบการบริหารจัดการ - ระบบข้อมูล - ความก้าวหน้าการดำเนินงาน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
มีการกำกับติดตาม มีการประเมินผล	๓. มีระบบกำกับติดตามประเมินผล ๔. ขยายผล/ความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น	รายงานความก้าวหน้าของการบริหารจัดการ (ข้อค้นพบ-ปัญหา)	ผลสัมฤทธิ์นวัตกรรม (รูปแบบการปฏิบัติงานที่ดี)

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. นำเสนอแผนงาน/โครงการ พัฒนานวัตกรรมการบริหาร และการจัดบริการสุขภาพ ในแต่ละจังหวัด ๒. นำเสนอระบบและกลไกขับเคลื่อนการพัฒนา นวัตกรรม การบริหาร และการจัดบริการสุขภาพ ในแต่ละจังหวัด ๓. นำเสนอระบบกำกับติดตาม และประเมินผล	๑. การนำแผนงาน/โครงการ พัฒนานวัตกรรมการบริหาร และการจัดบริการสุขภาพ ในจังหวัดไปปฏิบัติในพื้นที่จริง ๒. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผล	๑. รายงานความก้าวหน้า ผลการดำเนินงาน	๑. สรุปผลการผลดำเนินงาน ๒. การแลกเปลี่ยน เรียนรู้

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

- จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด/ขยายผล เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
- จำนวนผลงานวิจัย/R&D ด้านสุขภาพ (อย่างน้อย ๔๐ เรื่อง/จังหวัด)
- ร้อยละผลงานวิจัย/R&D ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ (ร้อยละ ๔๐)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๑

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times ๑๐๐$

หน่วยงานที่รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. แพทย์หญิงศุภลักษณ์ ละอองเพชร โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๗๖ – ๓๖๑ ๒๓๔ ต่อ ๖๕๓๑ ๒. นางสาวรัชนก จันสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๗๖ – ๓๖๑ ๒๓๔ ต่อ ๖๕๐๖-๗	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๙๗๗๔๓๒ E-mail : lsupphalak@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘-๒๗๐๕๒๑๓ E-mail : joy-๔๙๑@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑ ๑. นางสาวปิยนุช ศรีเกลี้ยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๗๗ – ๒๗๒๗๘๔ ต่อ ๓๐๑ ๒. นายธีรวัฒน์ ฮ่อซี่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๗๗ – ๒๗๒๗๘๔ ต่อ ๓๐๑	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๔๒๙๖๕๓๙ E-mail : piyanuch๒๙๑๑๓๐@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓-๕๘๓๑๗๓๙ E-mail : teerwat.pe๘@gmail.com

เขตสุขภาพที่ ๑๒

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) NCD

ตัวชี้วัด: (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้

ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

คำนิยาม

ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 7 mg% ใน
ปีงบประมาณที่วิเคราะห์

ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 =
E10 - E14 และ Type area = 1 และ 3

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ
โรคเบาหวาน 2560 ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด

ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP)
น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความ
ดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ
วินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 และ 3

ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
(E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10 - I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า

หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่

1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ใน
ทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 -
I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
<p>-ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 40</p> <p>-ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 60</p> <p>-ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ตามเป้าหมายร้อยละ 90</p>	<p>1. มีการทบทวนและจัดทำแผน ป้องกันความเสี่ยงการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของกำกับ ติดตาม ให้กลุ่มผู้ป่วย DM/HT เข้าถึง บริการดูแลรักษาครบทุกมิติ</p> <p>2. มีแผนการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง</p> <p>3. มีแผนการติดตามการควบคุม ระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการตรวจ HbA1C</p>	<p>1. สรุปลงรอบ 6 เดือน เพื่อหาแนวทางเร่งรัดแก้ไขในเขตสุขภาพ ในประเด็นที่ยังไม่บรรลุผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด</p> <p>2. มีการดำเนินงานตามรูปแบบการบริการการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (อย่างน้อย 1 แผน)</p> <p>2.1 การวัดความดันโลหิตด้วยตัวเองที่บ้าน</p> <p>2.2 โปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน</p> <p>2.3 การจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับป้องกันและควบคุมโรค</p> <p>2.4 การสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย NCDs</p> <p>3. มีการดำเนินการติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการตรวจ HbA1C</p>	<p>-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมโรคได้</p> <p>-ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้</p> <p>-- ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)ตามเป้าหมาย</p>
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
	<p>1. มีแผนติดตามการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีความต่อเนื่อง</p>	<p>1. มีการดำเนินการติดตามการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีความต่อเนื่อง</p>	

Small Success

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้	>ร้อยละ 25	>ร้อยละ 30	>ร้อยละ 35	>ร้อยละ 40
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	>ร้อยละ 45	>ร้อยละ 50	>ร้อยละ 55	>ร้อยละ 60
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	>ร้อยละ 70	>ร้อยละ 80	>ร้อยละ 90	>ร้อยละ 90

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้

บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ น้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้	ที่ระดับค่า
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	$(A/B) \times 100$	

ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด(ความดันโลหิตสูง)	$(C/D) \times 100$	

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk)

ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข

1. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด(CVD Risk) ใน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDCกระทรวงสาธารณสุข

2. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วย โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) หลังเข้ารับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10.- E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 – I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 – I15 ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 - E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 – I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2 , I13.9 และ รหัส I10 – I15 ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยDM/HT 2. โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Thai CV Risk Score) 3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: เขตสุขภาพ 12 กรม..... สำนัก/กอง.....

ผู้ประสานงานประเด็น/ตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางวิลาวัลย์ จริงจิตร (เลขานุการ Service Plan NCD)	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ หน่วยงาน โรงพยาบาลตรัง	Tel. 075-201500 ต่อ 1209 Mobile 095-4201701 e-mail : avilavun@yahoo.com	
ผู้ประสานงานเขตสุขภาพ 12	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel. Mobile..... e-mail :	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
ผู้รับผิดชอบงาน NCD ทุก สสจ.ใน ๗ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel. Mobile..... e-mail :	
	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel. Mobile..... e-mail :	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก. แต่ละคณะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ ผู้สูงอายุคุณภาพ

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)

- ร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
- ร้อยละกลุ่มเสี่ยงหกล้ม ได้รับการดูแล ส่งเสริม ป้องกันการหกล้ม
- ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์
- ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan)

1. ร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

คำนิยาม :

♣ ประชากรสูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq 12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง

♣ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดี ต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)

♣ พฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ มี 8 ข้อ ประกอบด้วย

1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สะสม 150 นาที/สัปดาห์
2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์)
3. ดื่มน้ำเปล่า อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า)
6. การตรวจสุขภาพประจำปีหรือพบแพทย์ / บุคลากรทางการแพทย์
7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง
8. การดูแลสุขภาพช่องปาก

2. ร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้ม ได้รับการดูแล ส่งเสริม ป้องกันการหกล้ม

คำนิยาม

กลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้ม หมายถึง ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม ตามแนวทางคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 ของคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข พบมีความเสี่ยงตามเกณฑ์ประเมิน

3. ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์

คำนิยาม

ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ประสบความยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ตลอดจนผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยมุ่งเน้น การส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน

ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์

หมายถึง ตำบลที่มีการจัดบริการด้านสังคมและบริการสาธารณสุข เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ตลอดจนผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยมุ่งเน้น การส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน

องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ขึ้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

- ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน

- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดย คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)

องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหา ด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพ รายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่

- มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ

- มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาด และควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล

- มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขมูลฐาน การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มี ภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 4 มี Care Manager/ทีมสหวิชาชีพ/หมอครอบครัว/Caregiver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุ ลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตาม แผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 5 มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถใน การประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือน ตีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก

- กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน
- กลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มสังคม

องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย

- ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG และการจัดทำ Care Plan
- ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่/พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ภายใน ระยะเวลา 3 ปี

สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ 12 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุ ร้อยละ 15.8 ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL ร้อยละ 86.9 เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.3 กลุ่มพึ่งพิง ร้อยละ 3.7 การคัดกรองภาวะหกล้ม มีความครอบคลุม ร้อยละ 79.7 พบกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 3.4 การดูแลกลุ่มเสี่ยงหกล้ม มีการให้คำแนะนำในรายเสี่ยง ทุกจังหวัด ยังไม่มีการวางระบบดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ ร้อยละ 31.1 (เป้าหมายร้อยละ 50) ผู้สูงอายุจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล(Individual Wellness Plan) จำนวน 1,032 คน คิดเป็นร้อยละ 82.6 ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 92.6 (เป้าหมาย ร้อยละ 95) จังหวัดที่มีการดำเนินงานยังไม่ผ่านเป้าหมาย ได้แก่ จ.นราธิวาส มีตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75.3 เนื่องจากบางตำบลยังไม่มี CM, CG จ.ตรัง มีตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 89.7 และจ.ปัตตานี มีตำบลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 92.2 จ.ตรัง และปัตตานี บางพื้นที่ ยังไม่ได้ทำ Care Plan ในระบบ ส่วนผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care plan ผลงานร้อยละ 92.8 (เป้าหมาย ร้อยละ 85)

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 1 ปี 2565

เป้าหมาย	มาตรการในพื้นที่	แนวทางตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>มีการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง - มีการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Community screening) - การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามจากแผนการดำเนินงานของจังหวัด - ประเมินจากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ในระบบ HDC H4U และสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุออนไลน์ (Blue Book Application) - ประเมินจากข้อมูลเบื้องต้นและการสอบถาม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่พื้นที่ - มีแผนการดำเนินงาน - มีการคัดกรอง ADL ร้อยละ 75 - มีการคัดกรองภาวะหกล้ม ร้อยละ 75 - มีการ คัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Community screening) - มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แล้วเสร็จ ร้อยละ 50 (ของเป้าหมาย 10 % ของผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่)
<p>มีระบบการดูแลส่งเสริมป้องกัน การผลิตตกหล่น และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองภาวะหกล้มผิดปกติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มปกติ มีแนวทางส่งเสริม, ป้องกันการผลิตตกหล่น -กลุ่มเสี่ยง มีการให้คำแนะนำดูแล ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ และติดตามต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - สอบถามแนวทางการดูแลส่งเสริมป้องกันติดตาม กลุ่มเสี่ยง และแนวทางการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย รักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 60 ของกลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้ม ได้รับการดูแลให้คำแนะนำส่งเสริมป้องกันส่งต่อเพื่อรักษา และติดตามต่อเนื่อง - ร้อยละ 25 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
<p>ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ขับเคลื่อนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนผ่านเกณฑ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน - ขับเคลื่อนการจัดทำแผนการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามจากแผนการดำเนินงานของจังหวัด - ติดตามจากข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงาน LTC ในระบบโปรแกรม 3C 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 95 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

เป้าหมาย	มาตรการในพื้นที่	แนวทางตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ดูแล (Care Plan) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		- ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
มีการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - มีการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Community screening) - การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามผลการดำเนินงานจากระบบรายงาน HDC, H4U สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุออนไลน์ (Blue Book Application) 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการคัดกรอง ADL ร้อยละ 95 - มีการคัดกรองภาวะหกล้ม ร้อยละ 80 - มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แล้วเสร็จ ร้อยละ 100 (ของเป้าหมาย 10 % ของผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่)
มีระบบการดูแลส่งเสริมป้องกัน การผลัดตกหกล้ม และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองภาวะหกล้มผิดปกติ	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มปกติ มีแนวทางส่งเสริม, ป้องกันการผลัดตกหกล้ม -กลุ่มเสี่ยง มีการให้คำแนะนำ ดูแล ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ และติดตามต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามรายงานกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลให้คำแนะนำ ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย รักษาและติดตาม 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้รับการส่งเสริมป้องกัน ติดตามอย่างต่อเนื่อง - ร้อยละ 30 ของกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์	<ul style="list-style-type: none"> - ขับเคลื่อนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน - ขับเคลื่อนการจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามผลการดำเนินงานจากระบบรายงาน โปรแกรม LTC กรมอนามัย และสปสช. 	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละ 95 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ - ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>- พื้นที่มีแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม</p> <p>- มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่พื้นที่</p> <p>- ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น</p> <p>- พัฒนาศักยภาพบุคลากร อสม. CM, CG, อาสาสมัคร บริบาลท้องถิ่น</p> <p>- มีการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหกล้มและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แก่ชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพ</p>	<p>- มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แล้วเสร็จ ร้อยละ 50 ของค่าเป้าหมาย</p> <p>- ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 40</p> <p>- ร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ</p> <p>- ร้อยละ 60 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแล ให้คำแนะนำส่งเสริมป้องกัน ส่งต่อเพื่อรักษา และติดตามต่อเนื่อง</p> <p>- ร้อยละ 25 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>- ร้อยละ 95 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์</p> <p>- ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan</p>	<p>- มีการกำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง</p> <p>- มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แล้วเสร็จ ร้อยละ 100</p> <p>- ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 45</p> <p>- ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ</p>	<p>- ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50</p> <p>- ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ</p> <p>- ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแล ให้คำแนะนำ ส่งเสริมป้องกัน ส่งต่อเพื่อรักษา และติดตามต่อเนื่อง</p> <p>- ร้อยละ 30 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>- ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์</p> <p>- ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan</p>

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1. ร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
2. ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์
3. ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

ผู้ประสานงานหลัก

1. นางสาวนภาพร เตโซ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
2. นางสาวหทัยทิพย์ จุทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัด

สงขลา

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย / ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา / กรมการแพทย์ / สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๑ : การพัฒนาระบบบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญ

หัวข้อ: พัฒนาระบบบริการศูนย์ความเป็นเลิศโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัด: (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)

๑. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารพ.ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง มากกว่า ๕๐ %
๒. อัตราตายรวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่า ๗ %

คำนิยาม: การเข้าถึงบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑			
๑. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารพ.ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง มากกว่า ๕๐ %	-พัฒนาส่งเสริมความรู้ของประชาชน/เครือข่ายระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	- อัตราผู้ป่วยที่มารพ.ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง มากกว่า ๕๐ % - ระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลทุกระดับ สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ภายใน ๓๐ นาที - ระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยลดลง	- อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารพ.ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง มากกว่า ๕๐ %
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒			
๒. อัตราตายรวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่า ๗ %	-ประสิทธิภาพและคุณภาพการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	- สถานการณ์จำหน่ายออกจากรพ. ด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	- อัตราตายรวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่า ๗ %
Small Success			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ลงเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายแบ่งตามกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการรักษาใน Stroke unit > ๔๐ %	- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก น้อยกว่า ๒๐ %	- ลงเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายแบ่งตามกลุ่มอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก น้อยกว่า ๑๘ %	๑. เปิดให้บริการเปิดหลอดเลือดด้วยวิธีการสวนหลอดเลือด ๒. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการเปิดหลอดเลือด มากกว่า ๑๕ %

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการเปิดหลอดเลือด มากกว่า ๑๕ %

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรม.....สำนัก/กอง.....

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.วัชระ วิริตยาภรณ์	ตำแหน่ง นพ.ชำนาญการ	Tel. 091-9156951	
	สำนัก/กอง รพ.หาดใหญ่	e-mail: changneuro@gmail.com	
นางสาวจุก สุวรรณโณ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	Tel. 0892955568	
	สำนัก/กอง รพ.หาดใหญ่	e-mail: suwanno213@hotmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวจุก สุวรรณโณ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	Tel. 0892955568	
	สำนัก/กอง รพ.หาดใหญ่	e-mail: suwanno213@hotmail.com	
	ตำแหน่ง	Tel.	
	สำนัก/กอง	e-mail	