



การตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ

รอบที่ 1/2566

ประเด็นที่ 5 : ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง

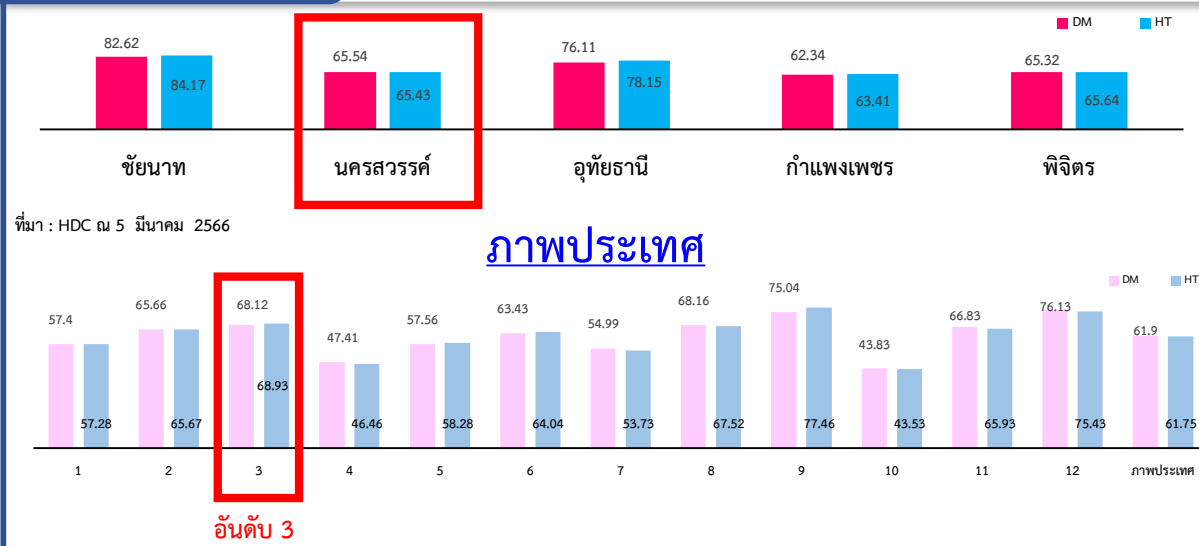
ความมั่นคงทางสุขภาพ

...จังหวัดนครสวรรค์...

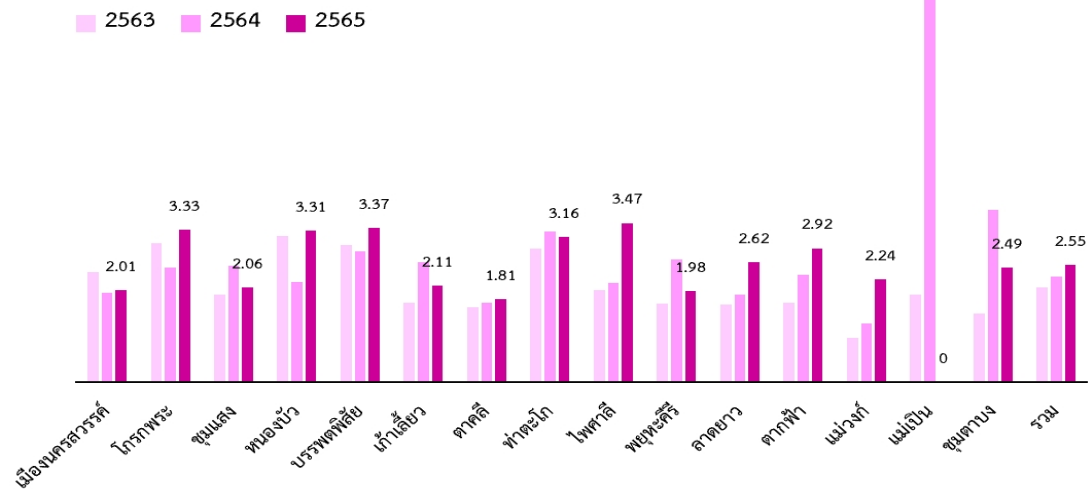
DM & HT

Where are you

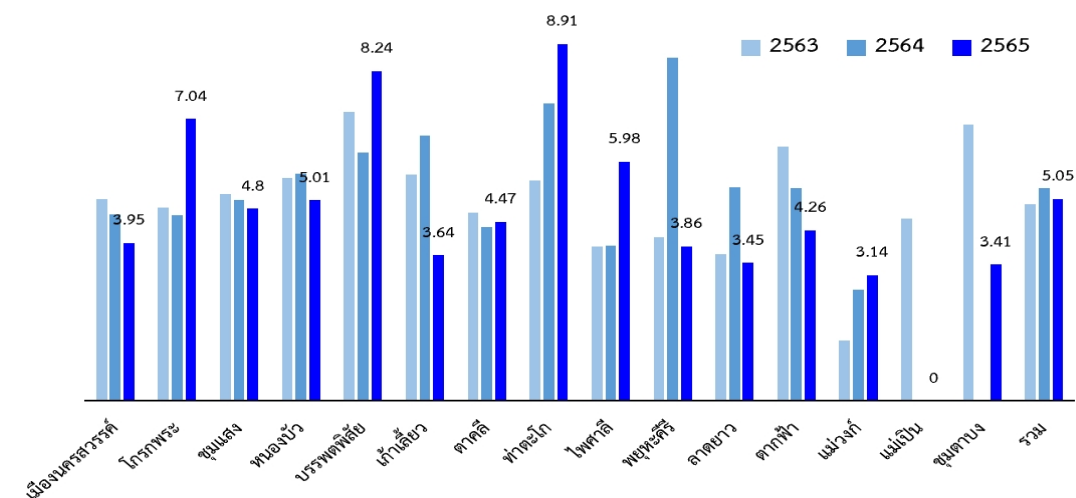
ประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM/HT ปี 2566



ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ปี 2563 - 2565



ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ปี 2563 - 2565



ผลงาน การคัดกรอง DM = 65.54 % HT = 65.43 %

ติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM = 49.36 % HT = 82.01 %

ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาล = 32.60 % ควบคุมความดัน = 47.35 %

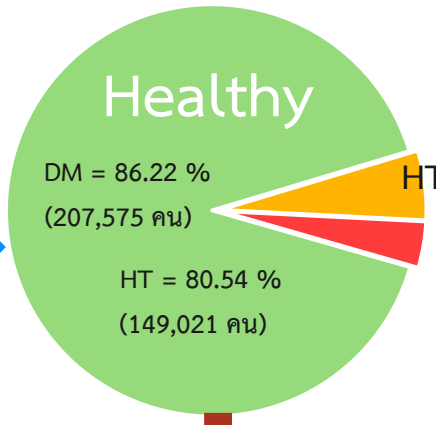
ภาพรวมจังหวัดนครสวรรค์ ผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2563 - 2565



Screening ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป
DM = 65.54 % HT =

65.43 %
 ป่วย DM/HT สูง 38.25 %
 (4,480 คน)

Reverse to
 normal



เสี่ยง
 DM = 11.99 % (28,873 คน)
 HT = 13.58 % (25,136 คน)
สงสัยป่วย
 DM = 0.82 % (1,968 คน)
 HT = 5.28 % (9,769 คน)

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหาร + กิจกรรมทางกาย



ยอมป่วย , ยอมทานยา

รับยา DM 49.62 % HT 42.22 %

คุมได้ DM 32.60 % HT 47.35 %

Refer Fast tract

ตาย
 DM = 0.69 % (549 คน)
 HT = 0.68 % (1,299 คน)

โอกาสพัฒนา

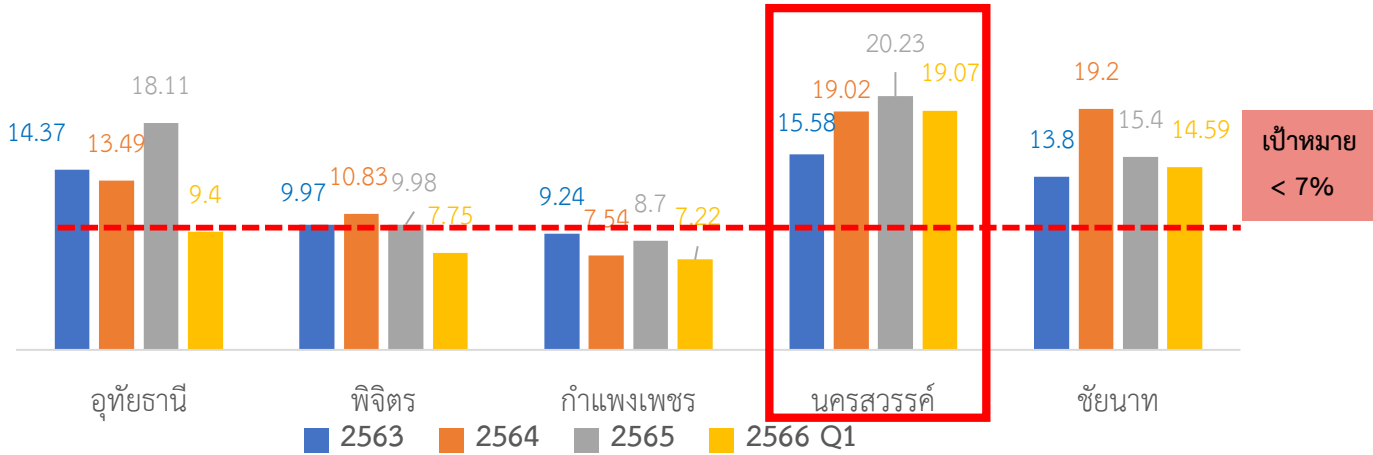
1. เชื่อมโยงข้อมูล และแนวทางร่วมกันในภาพจังหวัดกับ อบจ.
2. เน้นเรื่องนวัตกรรม การกรอกข้อมูลด้วยตนเอง หรือการพัฒนา Health Station ที่ดำเนินการโดย อสม. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ในเขตเมืองให้มากยิ่งขึ้น
3. นำกลุ่ม High Risk CVD มาเข้ากระบวนการโน้มน้าวเพื่อปรับเปลี่ยน ซึ่งอาจพิจารณา Intervention เรื่อง Intensive Behavioral Change Program เช่น การทำ low carbohydrate diet เป็นมาตรการเสริม

STROKE

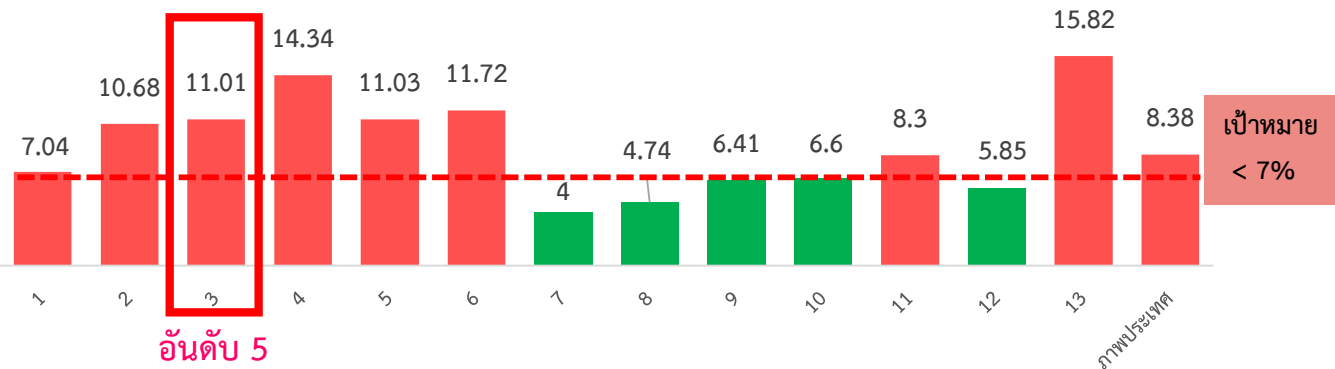
Where are you

อัตราการตาย Stroke ภาพเขต

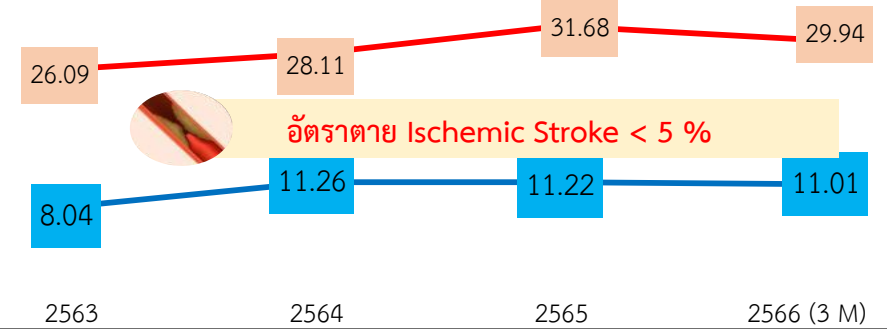
อัตราการตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 3
อันดับ 1



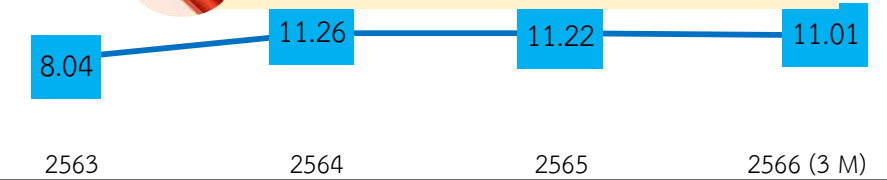
อัตราการตายของผู้ป่วย Stroke ภาพประเทศ (ข้อมูล HDC ณ 5 มี.ค. 66)



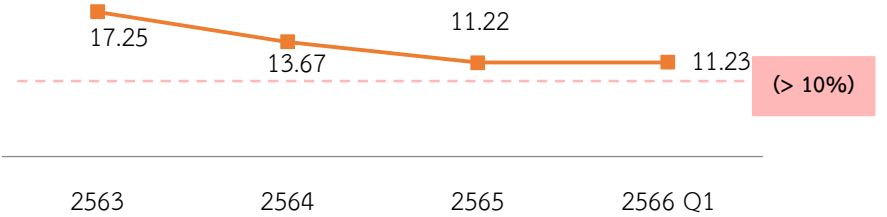
อัตราการตาย Hemorrhagic Stroke < 25 %



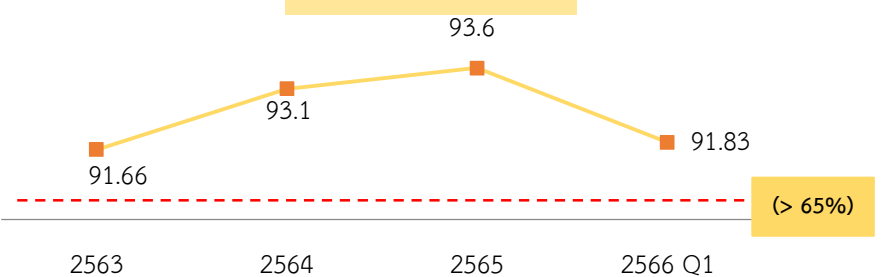
อัตราการตาย Ischemic Stroke < 5 %



อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน

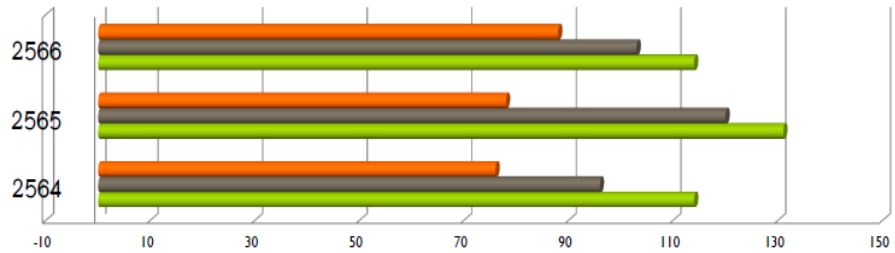


DOOR TO NEEDLE TIME



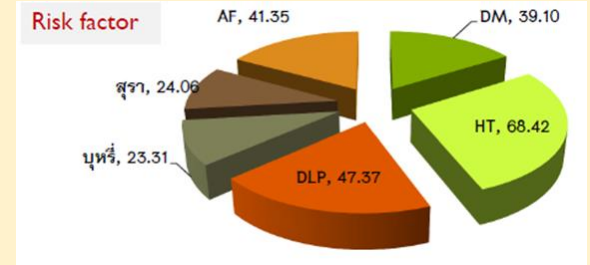
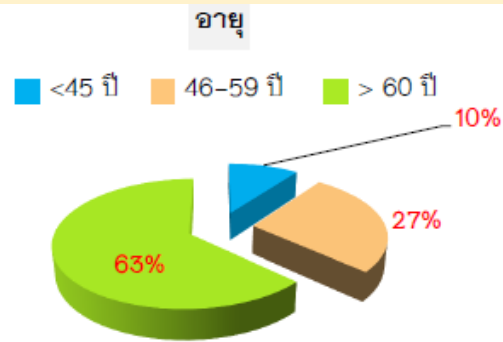
STROKE

Onset to door

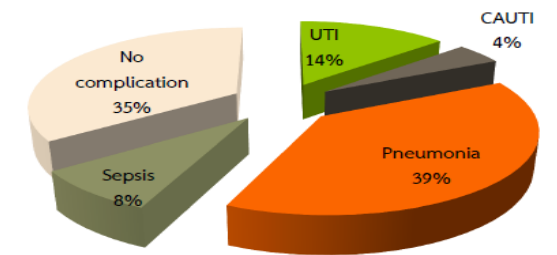


	2564	2565	2566
onset to door Refer	76	78	88
onset to door EMS	96	120	103
onset to door walk in	114	131	114

สาเหตุการเสียชีวิต Ischemic Stroke

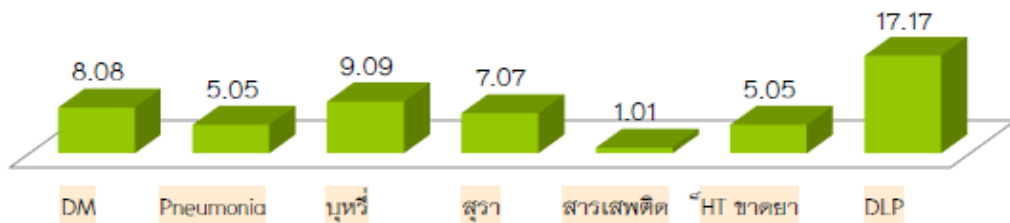


ภาวะแทรกซ้อน

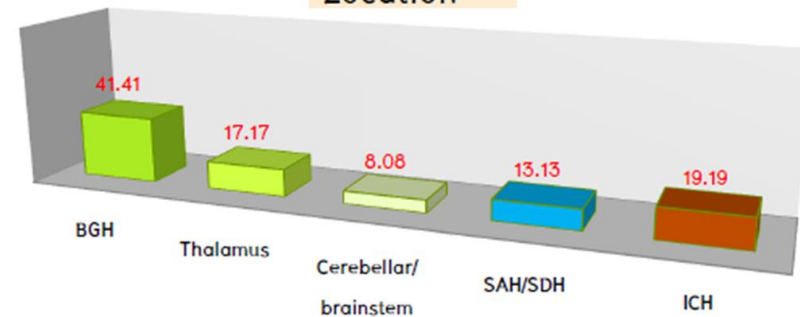


สาเหตุการเสียชีวิต Hemorrhagic Stroke

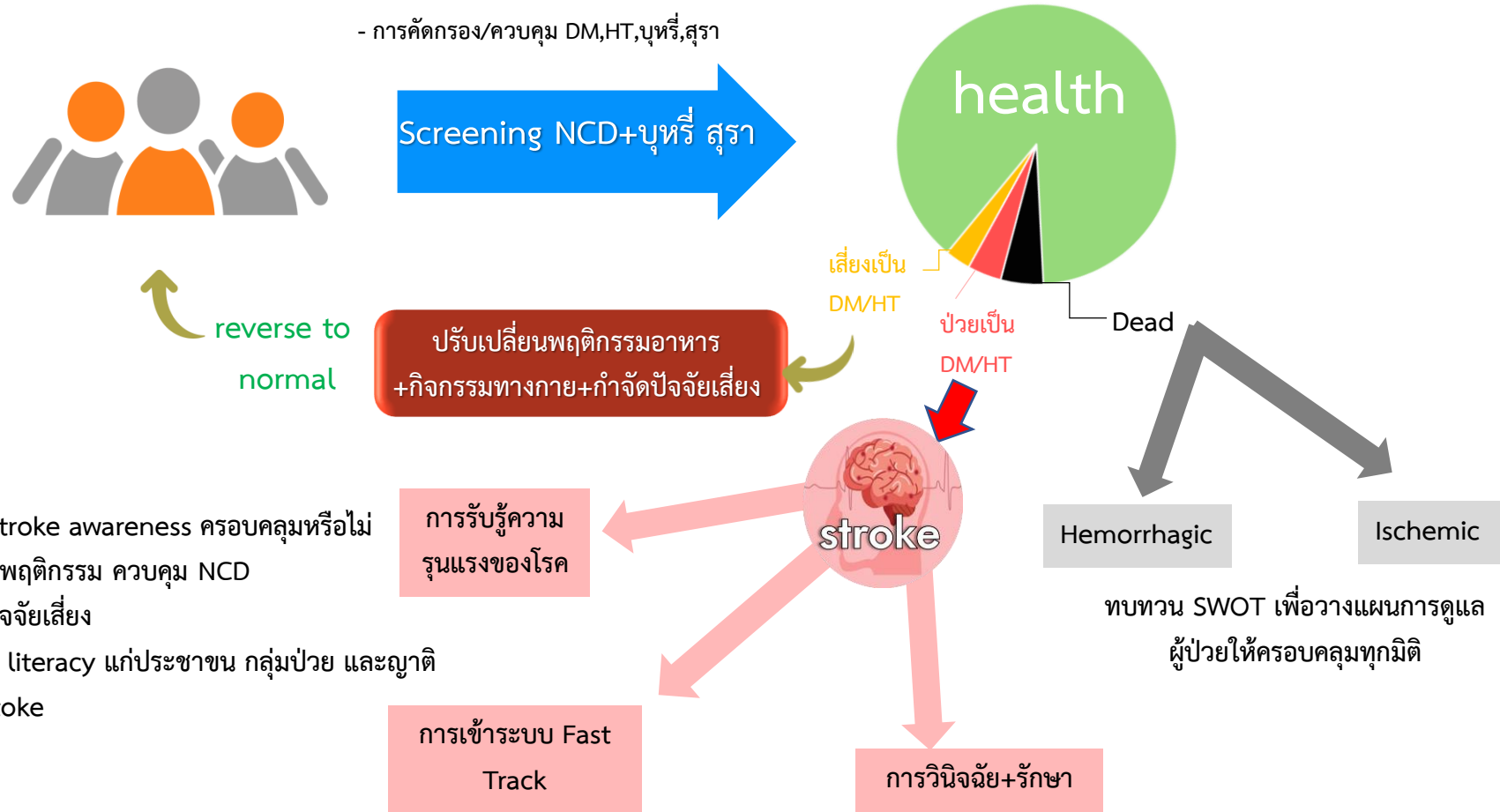
Other factor



Location



STROKE



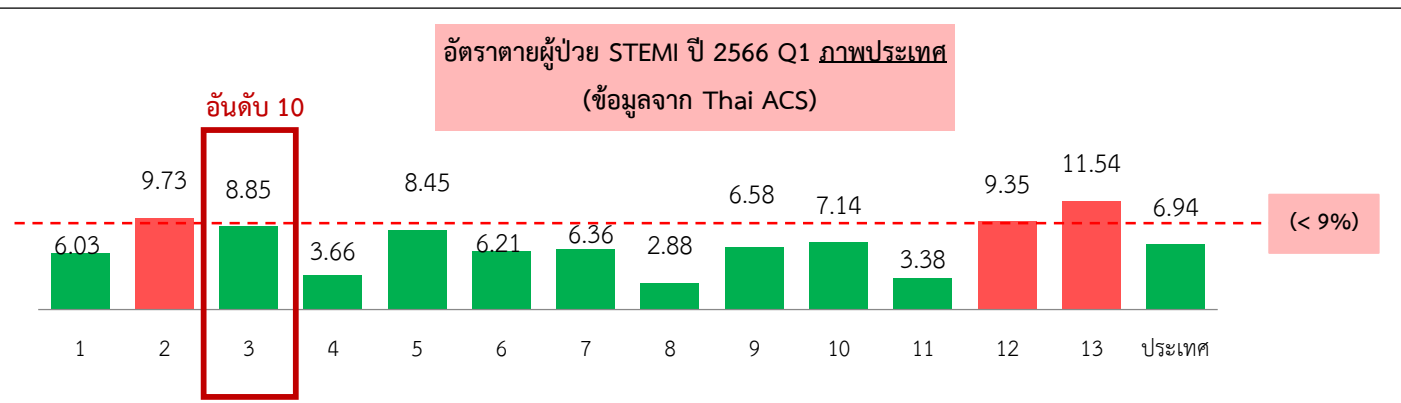
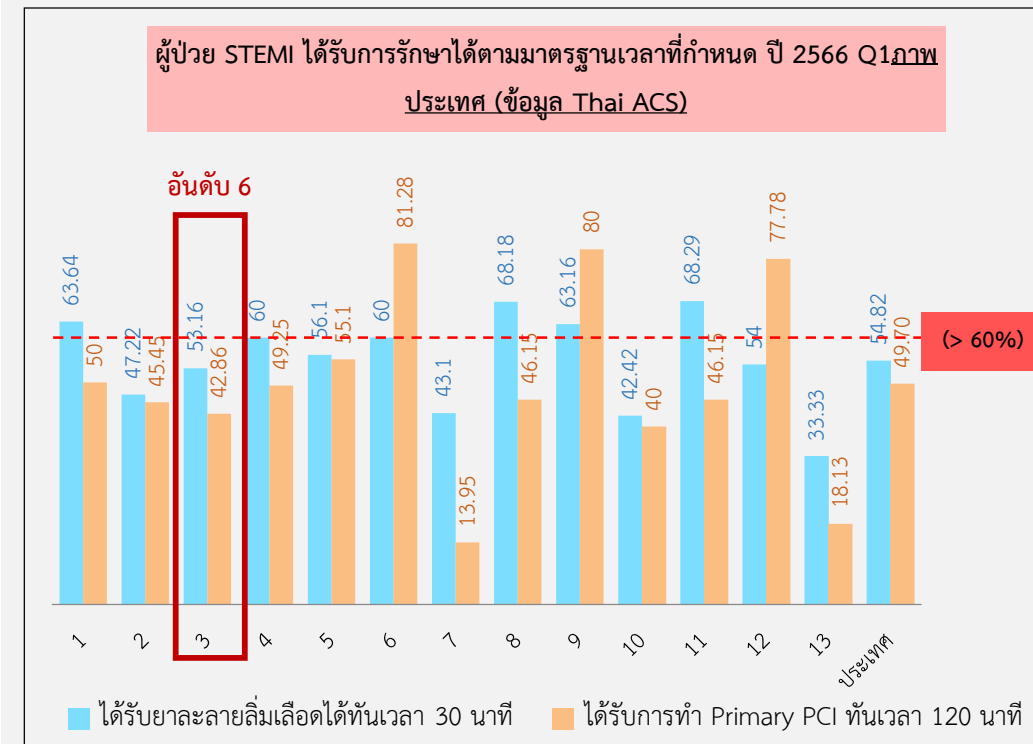
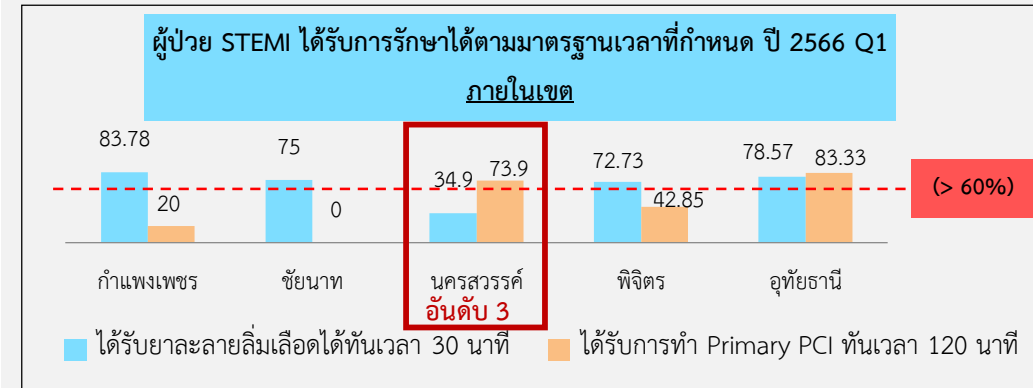
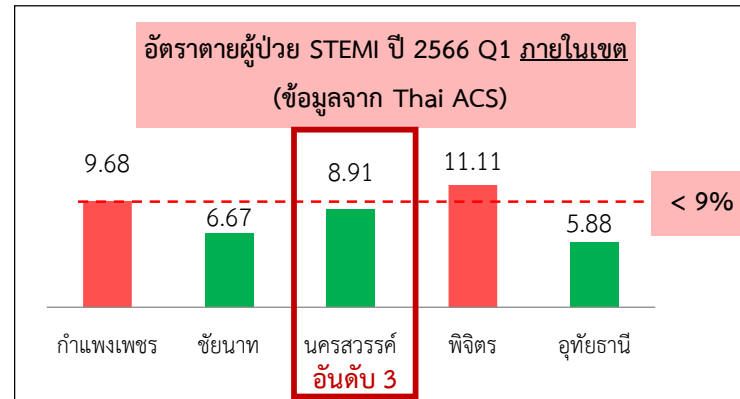
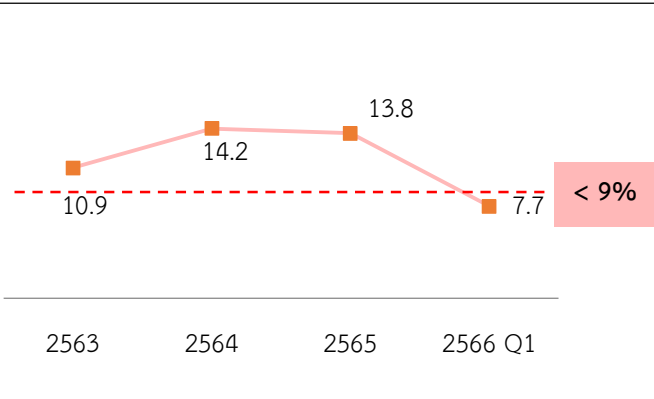
- การสร้าง Stroke awareness ครอบคลุมหรือไม่
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุม NCD
- การกำจัดปัจจัยเสี่ยง
- ให้ Health literacy แก่ประชาชน กลุ่มป่วย และญาติ
- คัดกรอง Stroke

- วิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงระบบ EMS เช่น กลุ่มของผู้ป่วยที่มา เป็นต้น
- Model อาสาสมัครครอบครัวในกลุ่มเสี่ยง และ Mapping กลุ่มเสี่ยง/ป่วย วางแผนการเข้าถึงกรณีฉุกเฉิน
- จัดระบบ Fast track ทุกกระดับ

- วิเคราะห์สาเหตุ onset to door เนื่องจากระยะเวลาในการมารับบริการในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน
- วิเคราะห์ข้อมูล ในการเพิ่มจำนวนเตียง ว่ามีทรัพยากร เช่น บุคลากร เพียงพอหรือไม่
- Thrombectomy Full time ได้เฉพาะเวลาราชการ เนื่องจากข้อจำกัดของ อุปกรณ์ สถานที่ บุคลากร
- การเพิ่ม CT node ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ (รพ.ตาคลี สามารถครอบคลุมได้ 4 อำเภอ,รพลาดยาว)
- ให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

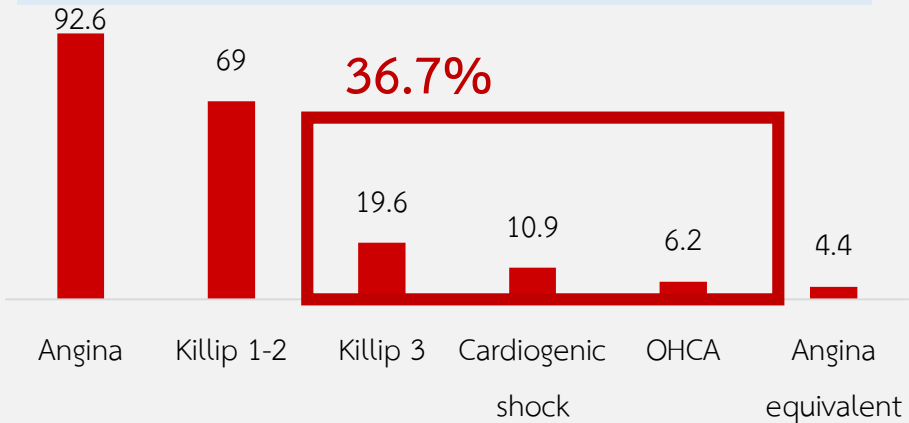
STEMI

Where are you



STEMI

ภาพรวมผู้ป่วย STEMI ปีงบประมาณ 66(Q1)

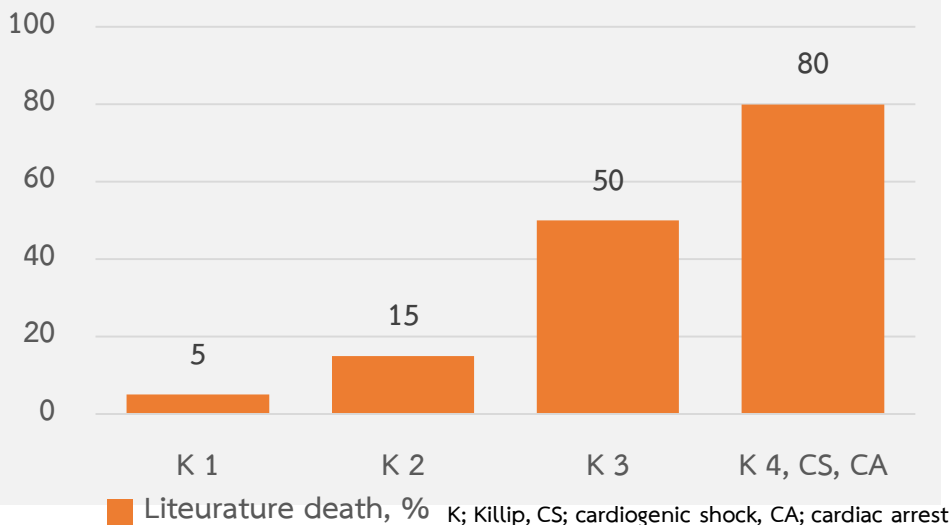


สาเหตุการเสียชีวิตในโรงพยาบาล จำนวน 11 ราย (มีหลายอาการในผู้ป่วยรายเดียวกัน)

- ได้รับ reperfusion 10 ราย
- ญาติปฏิเสธ Reperfusion 1 ราย
- อาการแรกเริ่ม
- Killip 4 สูงถึงร้อยละ 81.2
- ผู้ป่วยเสียชีวิตมีอาการหนักตั้งแต่แรกเริ่ม
- มีรอยโรคตีบรุนแรงหลายแห่งเรื้อรังอยู่ก่อน

Presentation of dead case	จำนวน	อัตรา(%)
Cardiogenic shock/profound shock	9	81.8
Progressive shock(Killip 1 to Killip 4)	1	9.0
Out of hospital cardiac arrest	2	18.2
Acute heart failure with respiratory failure	3	27.2

วิเคราะห์การตาย STEMI ในโรงพยาบาล (Q1 ปีงบฯ 2566) N = 10/123 ราย



วิเคราะห์สาเหตุการไม่ได้รับ reperfusion 5 ราย 5.5%

สาเหตุการไม่ได้รับ reperfusion	จำนวน
เสียชีวิตก่อนได้รับ reperfusion	1
Late stable STEMI	2
Refused reperfusion any strategies	1
Advanced age/family advocated	1

STEMI



การคัดกรอง CVD risk ในDM/HT

Screening NCD

กลุ่มเสี่ยง

- การเพิ่ม HL ในประชาชนทั่วไป/กลุ่มเสี่ยงในเรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไลฟ์สไตล์
- การเพิ่มศักยภาพและองค์ความรู้ให้กับบุคลากรวิชาชีพในการควบคุมโรคNCD เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด STEMI

กลุ่มป่วย STEMI

- สร้าง HL สื่อสาร STEMI Awareness Early warning sings และ Alert sings
- โครงการเพิ่มศักยภาพการบริหารผู้ป่วย STEMI (pharmacoinvasive ทั่วถึง, Emer CABG, smart CCU/ICU network)
- ในรพ. ระดับ2ขึ้นไป (มี รพ.F2ขึ้นไป) ให้สามารถดูแลคนไข้ post PCI
- Heart Failure Clinic รูปแบบ One Stop Service
- ขยายกรอบอัตรากำลังบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย STEMI เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

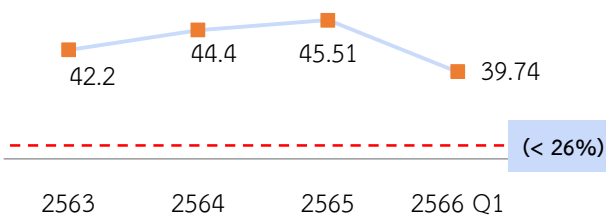
Dead Case

- พัฒนาระบบส่งต่อการทำ PPCI
- ขาดบุคลากร/อุปกรณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยยังไม่เพียงพอบนรถฉุกเฉิน

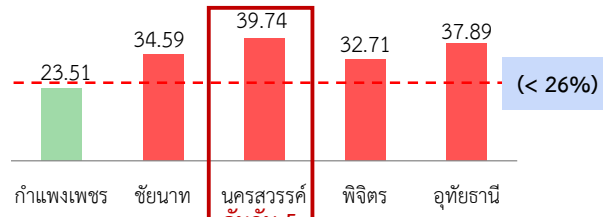
SEPSIS

Where are you

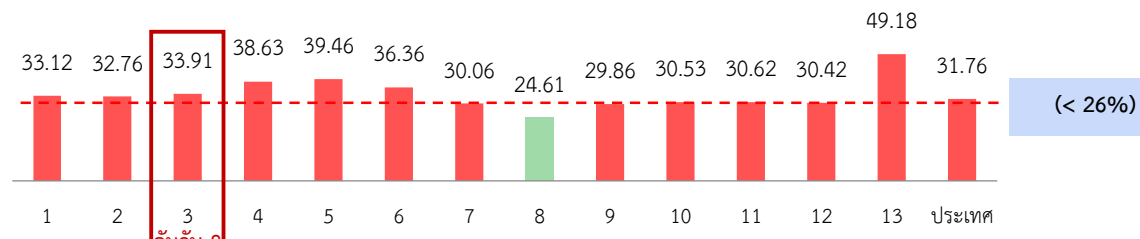
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired จังหวัดนครสวรรค์ (ข้อมูลจากพื้นที่)



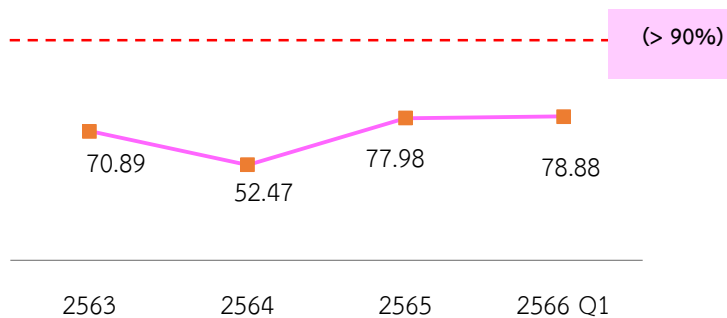
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปี 2566 Q1 ภาพเขต (ข้อมูลจากพื้นที่)



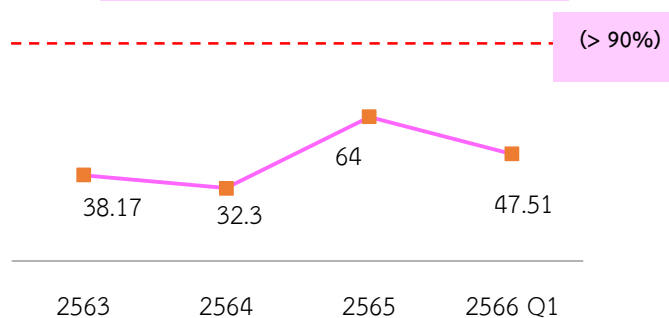
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปี 2566 Q1 ภาพประเทศ



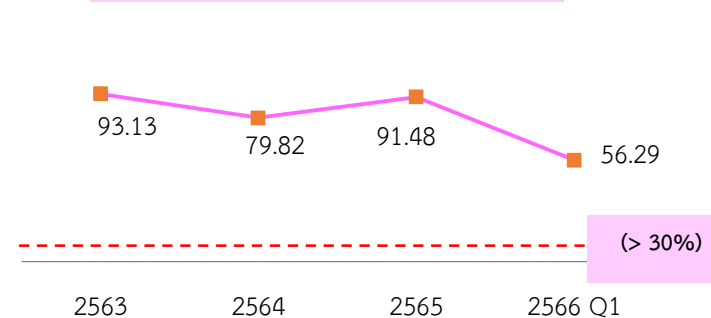
อัตราการได้รับ antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง จังหวัดนครสวรรค์ (ข้อมูลจากพื้นที่)



อัตราการได้รับ IV fluid 30 mL/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก จังหวัดนครสวรรค์ (ข้อมูลจากพื้นที่)

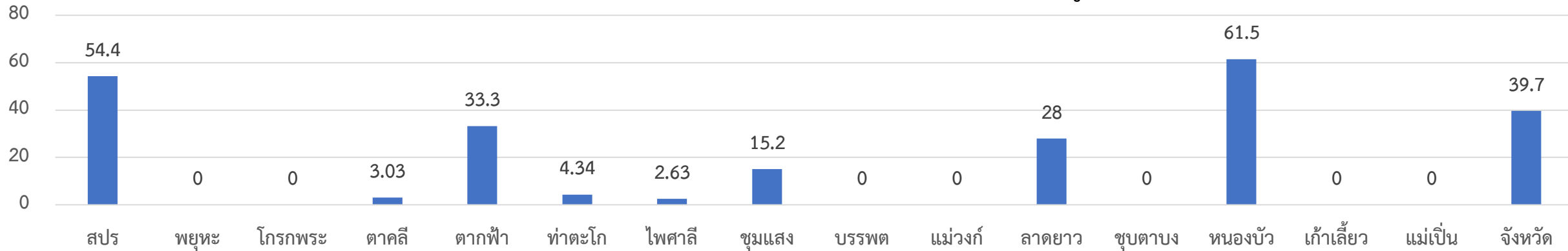


อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการย้ายเข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง จังหวัดนครสวรรค์ (ข้อมูลจากพื้นที่)



SEPSIS

อัตราการตายแยกตามรายโรงพยาบาล ปี 2566 Q1 (ข้อมูลจากพื้นที่)



กลุ่มโรคหลักที่เป็นปัญหาหลัก

อำเภอ	อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3
ตาคลี	E.coli	Staphylococcus	Pseudomonas
ชุมแสง	E.Coli	Staphylococcus epidermidis	Staphylococcus aureus
ตากฟ้า	E.Coli	Klebsiella pneumoniae	Acinetobacter baumannii
แม่वंค	E.Coli	Klebsiella pneumoniae	Staphylococcus aureus
หนองบัว	E.Coli	Klebsiella pneumoniae	Staphylococcus aureus
ไผศาลี	Acinetobacter baumannii	E.Coli	Staphylococcus aureus
ท่าตะโก	Unknow primary source		
ลาดยาว	E.Coli	Stenotrophomonas maltophilia	Klebsiella pneumoniae
ชุมตาบง	Klebsiella pneumoniae	E.coli	Staphylococcus aureus
บรรพต	E.Coli	Enterococcus faecalis	P.aeruginosa
สปร.	E.Coli	K.pneumoniae	Staphylococcus aureus

อัตราการตาย

ระบบที่เป็นปัญหาหลัก

- End - organ damage failure
- ระบบทางเดินหายใจ
- ระบบทางเดินปัสสาวะ

ปัญหา อุปสรรค

Patient delayed :

- ผู้ป่วย+ญาติขาดความตระหนัก

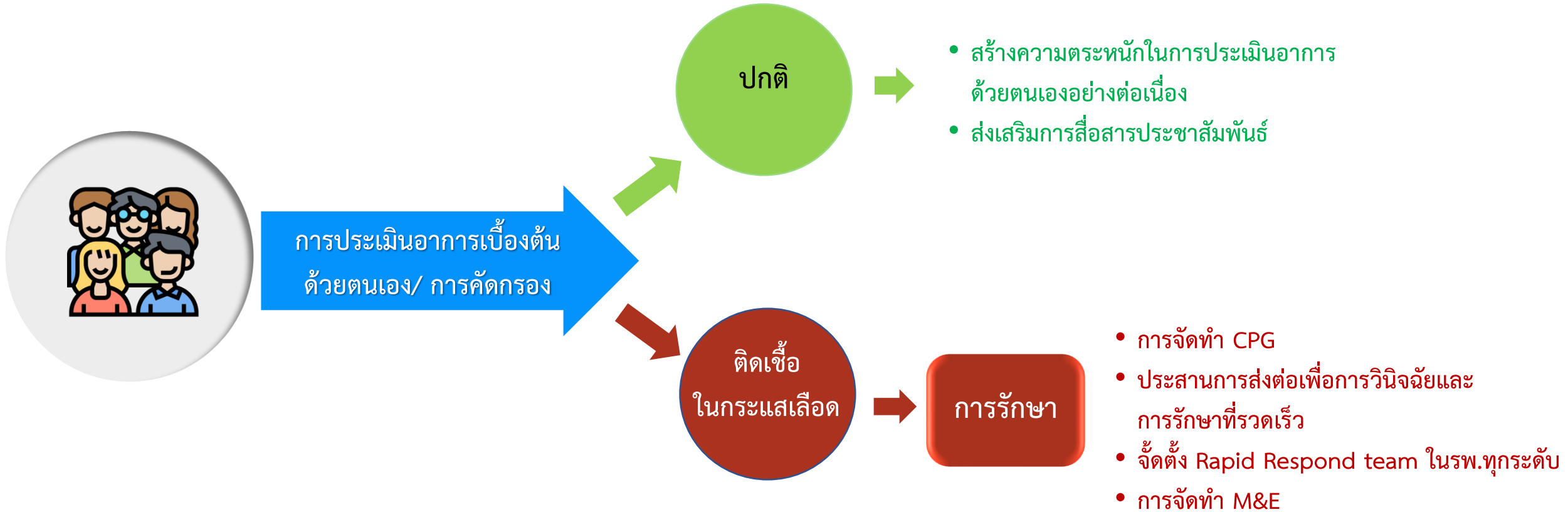
Systemic delayed :

- มีการหมุนเวียนบุคลากรในการดำเนินงาน
- ไม่มี CPG และกระบวนการ M&E
- Delayed diagnosis & treatment

โอกาสพัฒนา

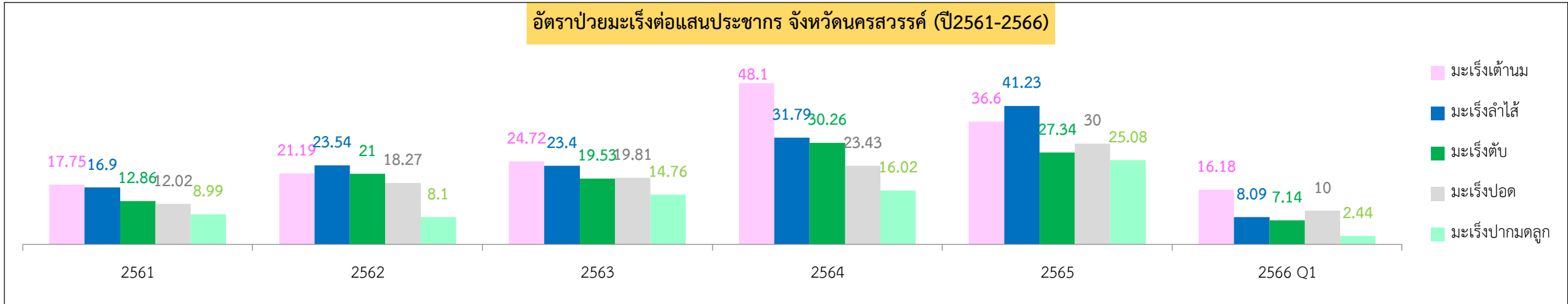
- มีการจัดทำ CPG เฉพาะโรค เช่น Sepsis, Pneumonia, UTI
- จัดระบบ Fast track
- การจัดตั้ง RRT
- พัฒนาระบบการ Monitoring & Evaluation ในการดำเนินงานด้าน Sepsis
- การส่งคืนข้อมูลให้กั้บรรพช. เพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

SEPSIS

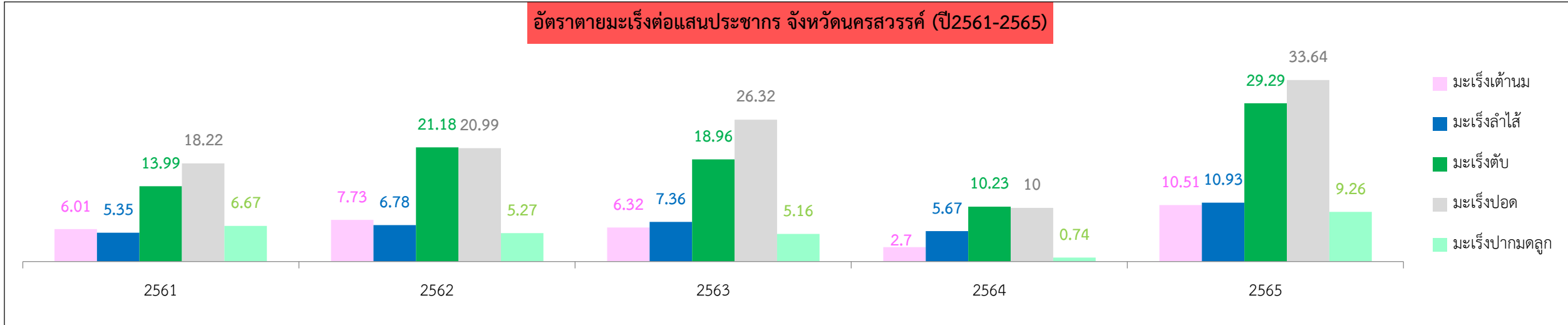


CANCER

อัตราป่วยมะเร็งต่อแสนประชากร จังหวัดนครสวรรค์ (ปี2561-2566)



อัตรารายมะเร็งต่อแสนประชากร จังหวัดนครสวรรค์ (ปี2561-2565)

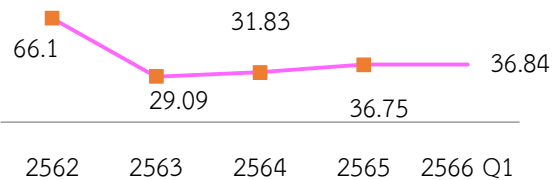


CANCER

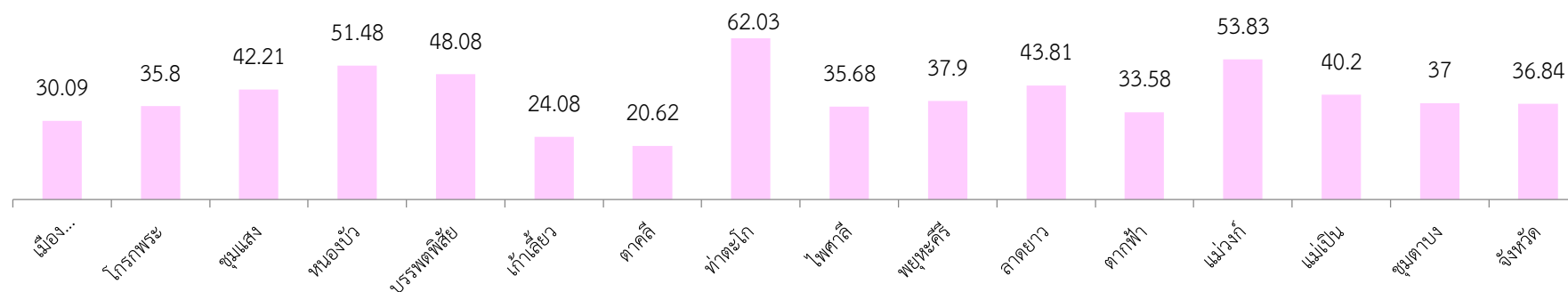
Where are you

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี 66 Q1

ร้อยละของสตรี 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี 2564-2566 Q1 (ข้อมูลจากพื้นที่)

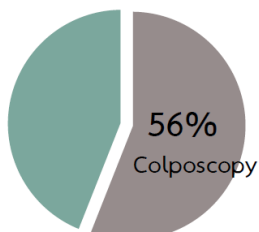
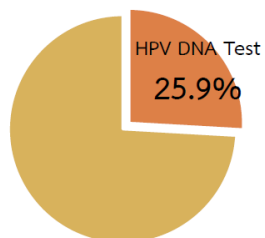


ร้อยละของสตรี 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกรายอำเภอ ปี 2566 Q1



HPV DNA Test ปีงบประมาณ 2564-2565

- กลุ่มเป้าหมาย 101,395 คน
- เข้ารับการคัดกรอง HPV DNA Test 26,306 ราย



Result	Number (%)
Positive HPV (type 16, type 18, Non 16/18)	1,464 (5.6)
Negative	24,842 (94.4)

HPV DNA Test ปีงบประมาณ 2565

จังหวัด	จำนวนเป้าหมาย 5 ปี (คน)	จำนวนเป้าหมาย 1 ปี (คน)	จำนวนที่ลงทะเบียนตรวจคัดกรองทั้งหมด		ผลการตรวจคัดกรอง		การตรวจยืนยันผลด้วย LBC (non 16,18)	Colposcopy
			จำนวน	ร้อยละ	Positive Type 16/18	Positive Type non 16/18		
นครสวรรค์	195,397	16,793	1389	8.27	21	57	4	3

HPV self sampling test 100 test : กำลังดำเนินการ

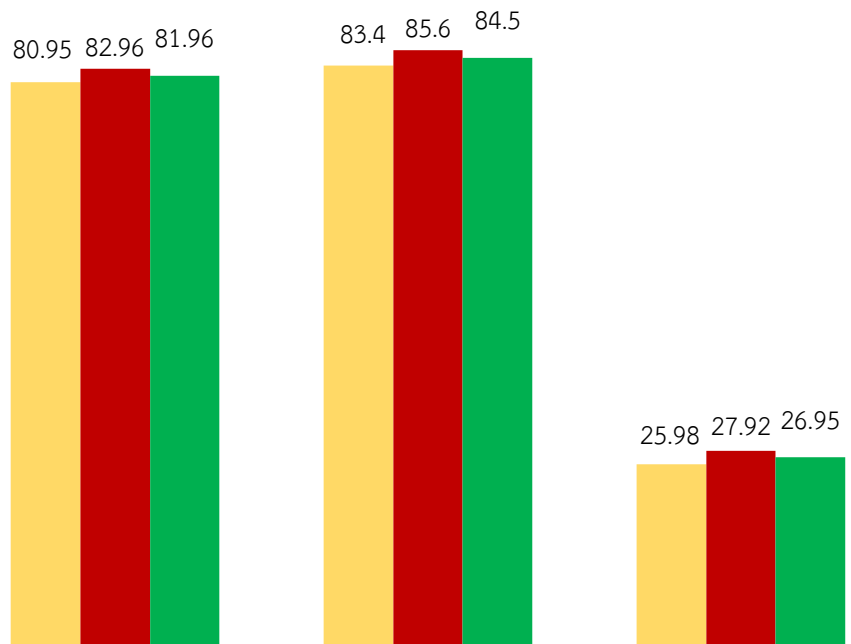
- เพื่อเพิ่มทางเลือกการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เป็นวิธีที่สะดวกต่อ ผู้รับบริการโดยเฉพาะสตรีที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมาก่อน
- เพื่อลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการเก็บส่งตรวจ

CANCER

Where are you

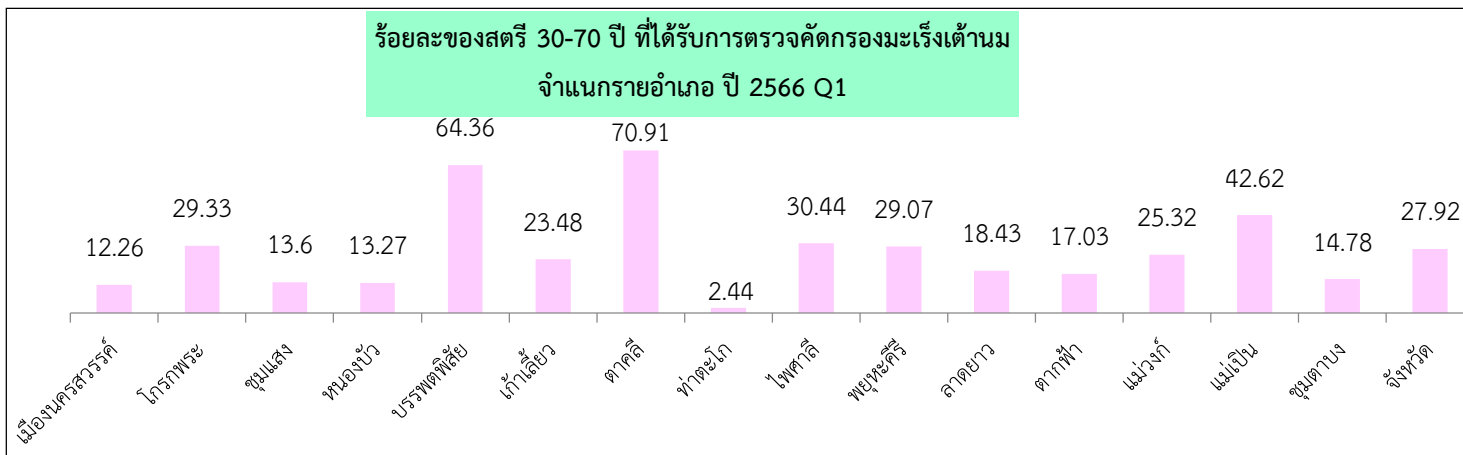
การคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี 66 Q1

ร้อยละของสตรี 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี 2564-256 Q1 (ข้อมูลจากพื้นที่)

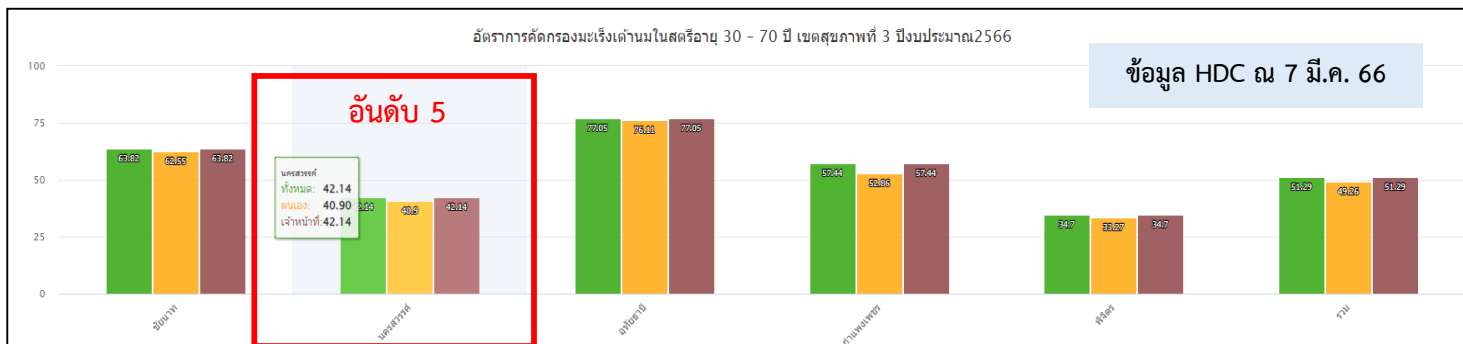


2564 2565 2566 Q1
 ■ ตรวจด้วยตนเอง ■ ตรวจด้วยบุคลากรสาธารณสุข ■ ทั้งหมด

ร้อยละของสตรี 30-70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม จำแนกรายอำเภอ ปี 2566 Q1

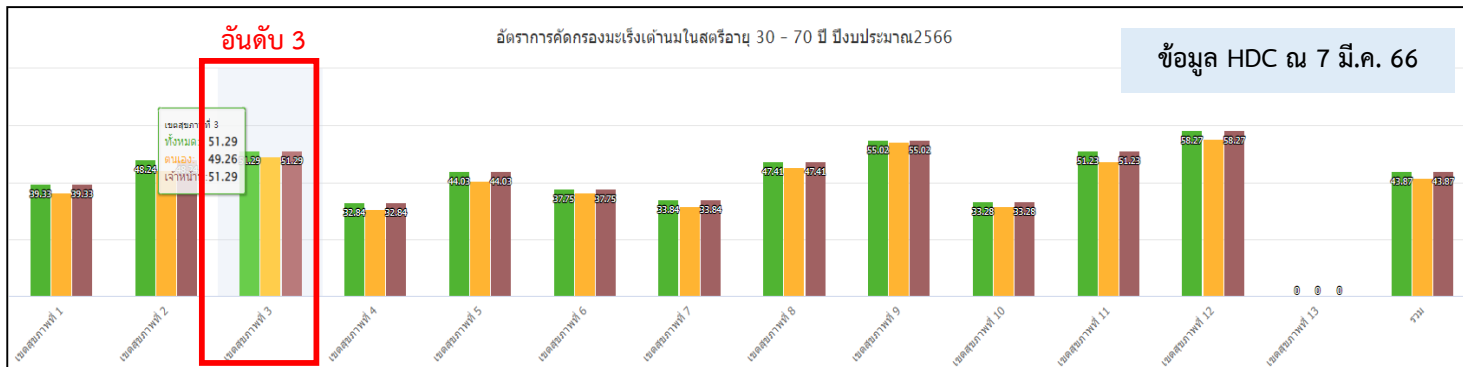


อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 - 70 ปี เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2566



ระดับ 3

อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 - 70 ปี ปีงบประมาณ 2566

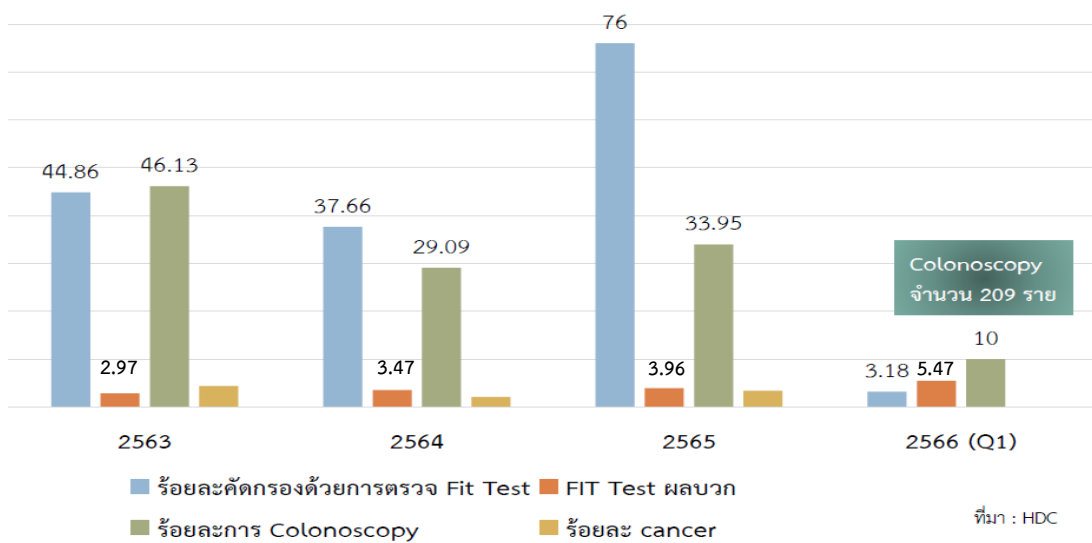


CANCER

Where are you

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ปีงบประมาณ 66 Q1

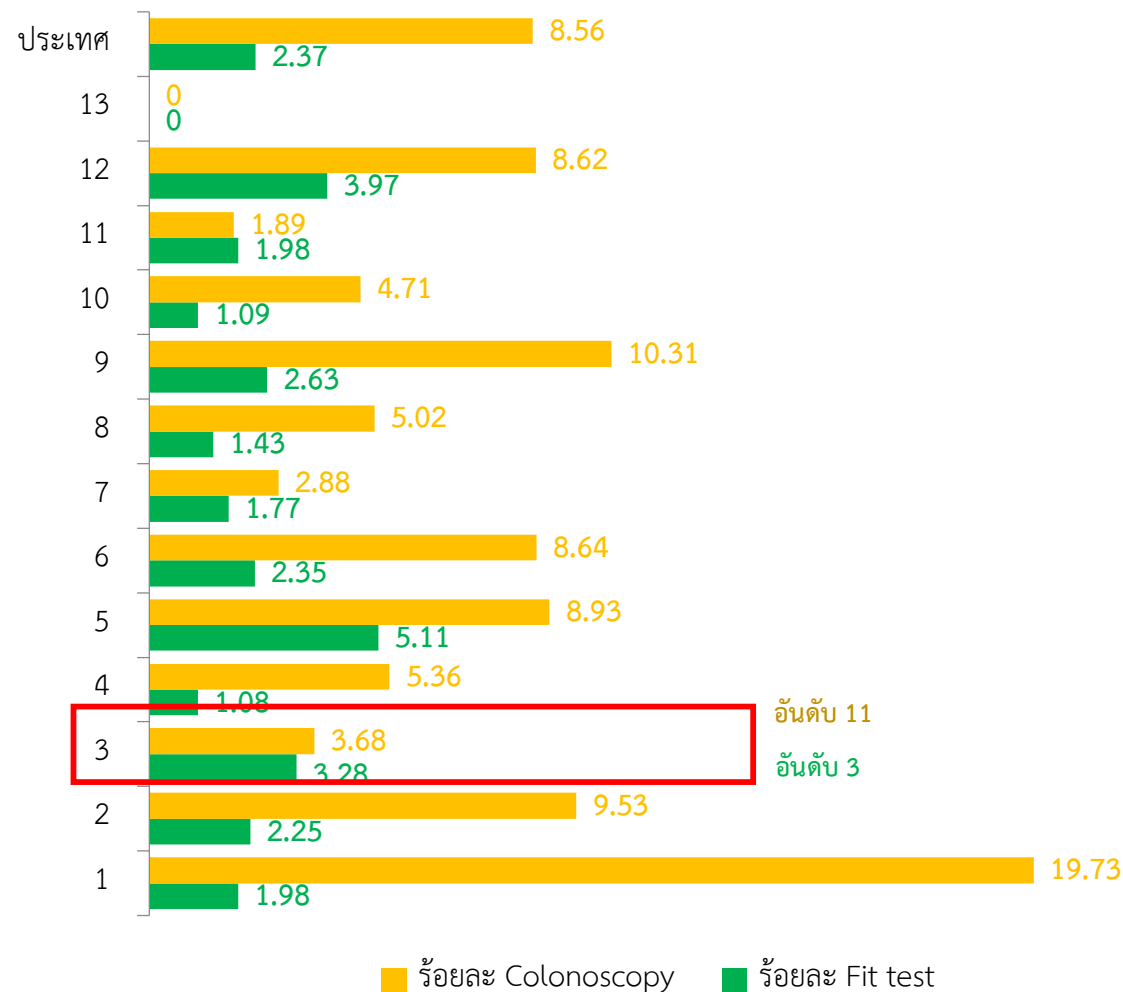
การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ปี 2563-2566 Q1



ปีงบประมาณ 2565

จังหวัด	เป้าหมายตามเขตกำหนด	ผลงานการคัดกรอง							
		การคัดกรองด้วยการตรวจ Fit Test				Colonoscopy			
		ผลการคัดกรอง(คน)	ร้อยละคัดกรอง	ผลบวก	ร้อยละ	จำนวน Colonoscopy	ร้อยละส่องกล้อง	พบมะเร็ง (คน)	ร้อยละพบมะเร็ง
นครสวรรค์	12065	384	3.18	21	5.47	209	10.00	0	

ภาพประเทศ
(ข้อมูล HDC ณ 7 มี.ค. 66)

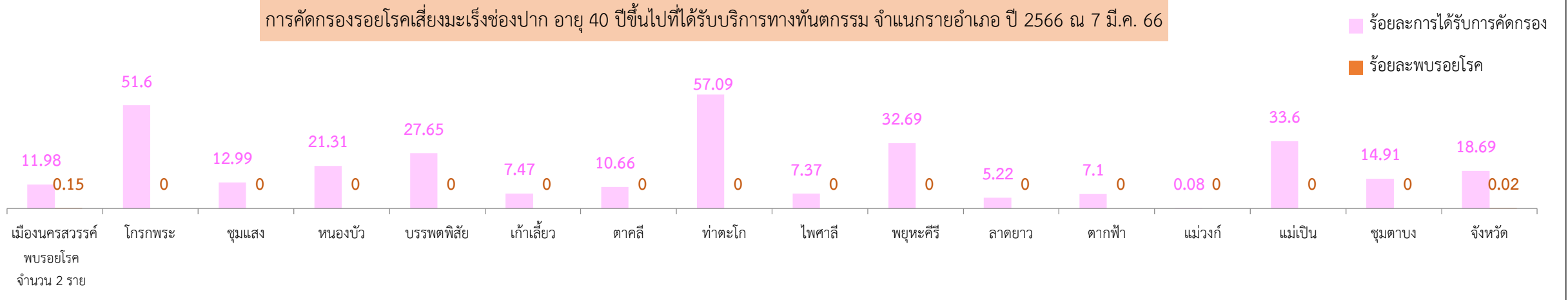


CANCER

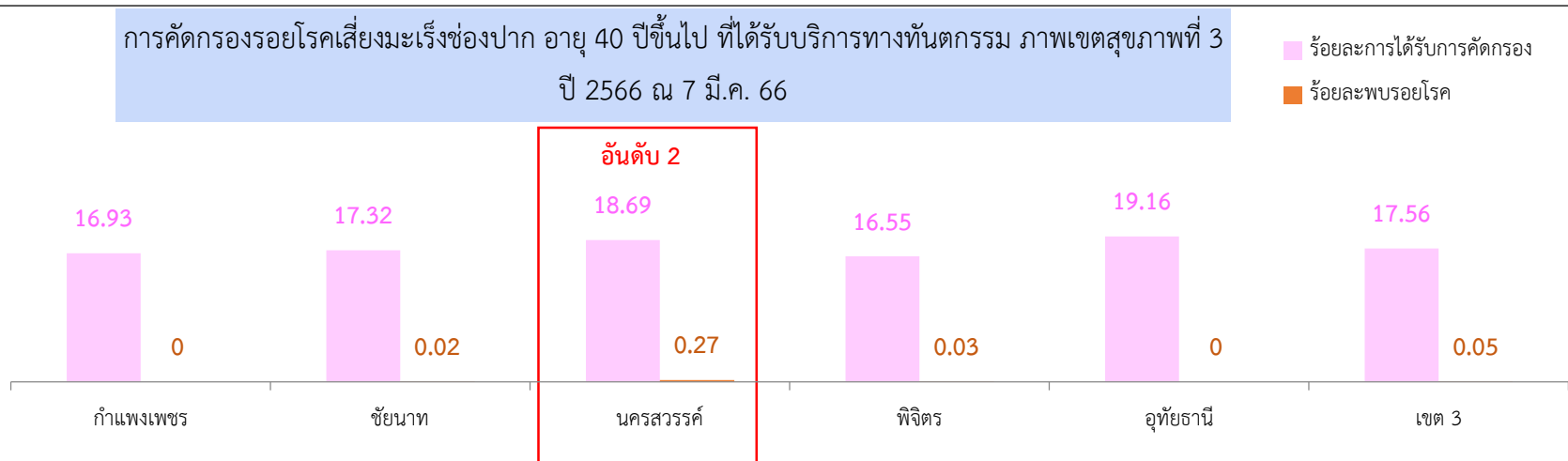
Where are you

การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก อายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการบริการทางทันตกรรม

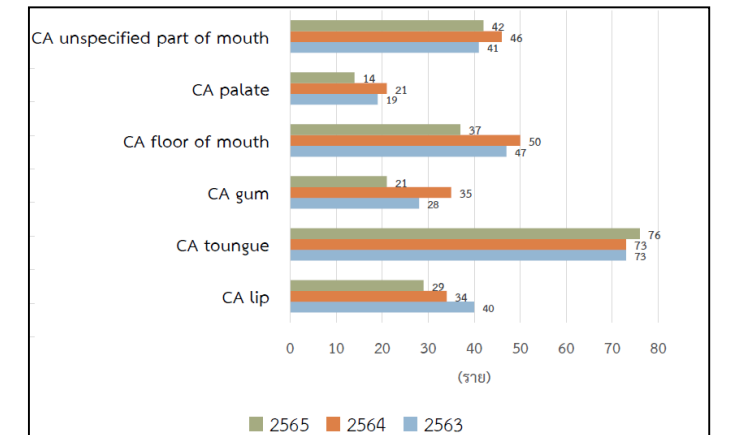
การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก อายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการบริการทางทันตกรรม จำแนกรายอำเภอ ปี 2566 ณ 7 มี.ค. 66



การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการบริการทางทันตกรรม ภาพเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2566 ณ 7 มี.ค. 66



ตำแหน่งที่เกิดมะเร็ง



CANCER



กลุ่มเป้าหมาย

ได้รับการคัดกรอง

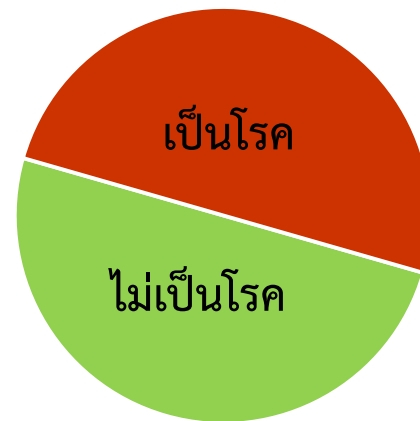


ไม่ได้รับการคัดกรอง



โอกาสพัฒนา

- เพิ่ม HL ให้ผู้ป่วยเข้ารับการทำ colposcopy
- วิเคราะห์ปัญหา ผู้ป่วยที่มีผลผิดปกติเพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการ
- การวางระบบการให้บริการ มี Guideline ที่ชัดเจน
- เพิ่มการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงการคัดกรอง ช่องทางปกติ และ สื่อออนไลน์
- เพิ่มการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก – HPV DNA test และมะเร็งช่องปาก



การสร้างความตระหนัก

- เพิ่มการประชาสัมพันธ์การคัดกรองโรค
- ส่งเสริมความรู้ด้านโรคมะเร็ง
- เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
- จัดกิจกรรมตามแผนป้องกันและบรรเทาภัย Vaccine (HBV HPV) Cancer screening
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง



การรักษา

- พัฒนาศักยภาพด้านการรักษา TACE, Ablation (HCC) Targeted Therapy, Immunotherapy
- การส่งตรวจการกลายพันธุ์ในยีน
- พัฒนา/เพิ่มศักยภาพการผ่าตัด การให้ยา เคมีบำบัด/ รังสีรักษา
- พัฒนาแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน



Prevent

ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับภูมิคุ้มกัน
อย่างครอบคลุม

1. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607 (เอา 607 ไม่เอา 608)
ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)

Detect

จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังและ
ตอบสนองอย่างครอบคลุมและมี
ประสิทธิภาพ

1. ผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ

Response &

Recovery

จังหวัดมีความพร้อมและแนวทางการ
ตอบโต้และฟื้นฟูภาวะฉุกเฉินทางด้าน
การแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญของ
พื้นที่อย่างเหมาะสม

1. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100
2. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม
3. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย
4. Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ
5. มี operational plans (HSP) สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย
6. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan



ประเด็นตรวจราชการ Functional based พ.ศ.2566 ประเด็นที่ 5 ความมั่นคงทางสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 1	คะแนน
1.1 ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607 (เอา 607 ไม่เอา 608)	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 46.26	0
1.2 ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 53.19	1



ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ตัวชี้วัด / กิจกรรม / มาตรการ	การวิเคราะห์ปัญหา	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา สำหรับพื้นที่	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา สำหรับส่วนกลาง
1.ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 กลุ่ม 607 2.ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)	1.กลุ่ม 607ฉีดได้ต่ำกว่าเป้าหมายมากที่สุด คือ ร้อยละ 34.19 (อ.แม่वंก) สูงสุด ร้อยละ 57.26 (อ.เก้าเหลียว) , กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ฉีดได้ต่ำกว่าเป้าหมายมากที่สุด ร้อยละ 40.33 (อ.แม่เปิน) สูงสุด ร้อยละ ร้อยละ 59.34 (อ.เมืองนครสวรรค์) 2. ความตระหนักของประชาชนลดลง	1. เร่งรัดการดำเนินงานในอำเภอที่ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต่ำกว่าเป้าหมาย 2) การสื่อสารความเสี่ยง - สร้างความตระหนักให้ประชาชนในพื้นที่มากขึ้น ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สื่อท้องถิ่น หอกระจายข่าวในชุมชน และ Social Media -ขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้ประชาสัมพันธ์	ประเด็นค่าเป้าหมายของการได้รับวัคซีน และฐานในการคำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีน ขอให้แนวทางการดึงข้อมูลเพื่อการรายงานที่เหมือนกัน (ระหว่าง Performance และ Coverage)



ประเด็นตรวจราชการ Functional based พ.ศ.2566 ประเด็นที่ 5 ความมั่นคงทางสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานรอบที่ 1
2. ผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ	5 คะแนน	(3 คะแนน)
3. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100	ร้อยละ 100	ประเมินรอบที่ 2
4. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม	ร้อยละ 100	ร้อยละ 80 (48 ทีม 12อำเภอ) (3 คะแนน)
5. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย	5 คะแนน	ประเมินรอบที่ 2

จังหวัดนครสวรรค์ รอบที่ 1



ประเด็นตรวจราชการ Functional based พ.ศ. 2566 ประเด็นที่ 5 ความมั่นคงทางสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 1
6. Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ	5 คะแนน	(1 คะแนน)
7. มี operational plans (HSP) สำหรับ 3 ภัยที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการ ที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย	5 คะแนน	(2 คะแนน)
8. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan	5 คะแนน	(3 คะแนน)
รวมคะแนน	> ร้อยละ 80 (>28 คะแนน)	ร้อยละ 34.28 (12 คะแนน)

จังหวัดนครสวรรค์ รอบที่ 1



วิธีปฏิบัติที่โดดเด่น : มีการนำเสนอผลการปฏิบัติงานในที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนครสวรรค์เป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้มีการ
ขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆอย่างต่อเนื่อง

โอกาสพัฒนา : มีการกำหนดทีมปฏิบัติงาน SAT ครอบคลุมโรคและภัยที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด อาจจำเป็นต้องยกระดับสมรรถนะทีม SAT ให้
สามารถปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน

ผลงานเด่น : - มีการจัดทำ CIR ที่ชัดเจนระดับจังหวัดและได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ.

- มีแผนการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ CDCU ที่มาใหม่
- มีการทบทวนแผน BCP ทุกปี

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง : - เพิ่มรายละเอียดคำชี้แจงตัวชี้วัด

- Resource mapping เขต และส่วนกลาง จัดทำไว้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของจังหวัด



ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ตัวชี้วัด / กิจกรรม / มาตรการ	การวิเคราะห์ปัญหา	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา สำหรับพื้นที่	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา สำหรับส่วนกลาง
2. ผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และจัดทำ CIR ที่ชัดเจน	จังหวัดขาดการจัดทำระบบเฝ้าระวังมีการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นประจำเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง	ประเมินความเสี่ยงเป็น output สำคัญของทีม SAT โดยแนะนำให้ใช้ single overall risk level	ไม่มี
3. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100	ผู้บริหารระดับจังหวัดยังไม่ได้รับการอบรม	กสธจ. ให้ข้อมูลว่าจะมีการจัดอบรมแบบ on site และ on line	1.ขอให้ กสธจ.และกรมควบคุมโรค ติดตามการปฏิบัติงานหลังการอบรม 2.จังหวัดขอให้ส่งรายชื่อผู้ผ่านการอบรม
4. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม	การแต่งตั้งในบางอำเภอไม่สามารถทำให้ทีมครบจำนวน 3 ทีมได้ เนื่องจากจำนวนสถานพยาบาลและจำนวนบุคลากรน้อย	เพิ่มสมาชิกทีมได้มาจากหน่วยงานภายนอก แต่ต้องผ่านการอบรมหลักสูตร 20 ชั่วโมง	เนื่องจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดภายใต้ อบจ. ทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาทีม จึงขอให้ส่วนกลางระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับ spec หัวหน้าหน่วยและสมาชิกในหน่วย



ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ตัวชี้วัด / กิจกรรม / มาตรการ	การวิเคราะห์ปัญหา	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา สำหรับพื้นที่	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา สำหรับส่วนกลาง
5. มี Official document ของหน่วยงาน สาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงภัย ที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย	มีการวิเคราะห์และจัดลำดับ ความสำคัญ โดยใช้ Risk matrix อาจ เพิ่มรายละเอียด document	ให้ทำสอดคล้องกับ 14 โรคและภัย DCIR	ไม่มี
6. Resource mapping	การวิเคราะห์ Resource กระจายตาม ภารกิจปกติ	ระบุ Resource ตามโรคและภัยในข้อ 5	Resource mapping เขต และส่วนกลาง จัดทำ ไว้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของจังหวัด
7. operational plans (HSP) 8. มีแผน BCP	HSP มีครบทุกภัย BCP ครอบคลุมทุกโรคและภัย แต่ไม่ได้ ระบุประเด็นจำเพาะสำหรับโรคและภัย	HSP อาจเพิ่ม IAP ควรมีการซ้อมแผน BCP ควรมีการซ้อมแผน และ AAR	พัฒนาศักยภาพการจัดทำแผน operational plans ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (HSP/BCP) -กรม ส่วนกลาง จัดทำ Resource mapping ให้ ครอบคลุมโรคและภัย เพื่อให้ใช้เป็นแหล่งอ้างอิง

ท. = ทำทันที

ท. = ทำต่อเนือง

ท. = ทำและพัฒนา

..Thank you..

