

สรุปประเด็นตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (แก้วไข ณ วันที่ ๑๙ ธ.ค.๕๙)

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
คณะ ๑ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ			
๑.๑การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ)ทุกกลุ่มวัย			
๑.๑.๑กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)	๑. ลดการตายมารดา - .การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน - การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง - การพัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ - การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ - การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของครอบครัว ชุมชน	๑.อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	กรมอนามัย
	๒.ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย - ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน - ระบบบริการที่มีคุณภาพ - การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัย - การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	๒.ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่า๘๐ ๓.ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๑ และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (ชาย ๑๑๓ / หญิง ๑๑๒)	กรมอนามัย
๑.๑.๒ เด็กวัยเรียน	๑. ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน - ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง - การคัดกรอง ส่งต่อ การจัดการแก้ไขปัญหาและคุณภาพข้อมูลจากระบบ HDC - มาตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๔. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖	กรมอนามัย

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒. ส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคในช่องปาก - การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ - ควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี - ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน	๕. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒	กรมอนามัย
	๓. การสร้าง/พัฒนาทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ	๖. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีไม่เกิน ๕ ต่อแสนประชากร	กรมควบคุมโรค
๑.๑.๓ วัยรุ่น	๑. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) และการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ๒. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ๓. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด	๗. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๔๒ ต่อพันประชากร	กรมอนามัย
๑.๑.๔ วัยทำงาน	๑. การป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - การค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยด้วยการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน - กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวานเข้าถึงบริการลดเสี่ยง - การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๐	๘. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ (HT ลดลงร้อยละ ๒.๕ , DM ลดลงร้อยละ ๕)	กรมควบคุมโรค

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒.การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน - มาตรการการบริหารจัดการ - มาตรการจัดการข้อมูล - มาตรการป้องกัน - มาตรการการรักษา	๙. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๑๘ต่อแสนประชากร	กรมควบคุมโรค
๑.๑.๕ ผู้สูงอายุ	๑.ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)	๑๐.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๑.๒. ระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ ๑.๒.๑ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	๑. การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อพัฒนาศูนย์ ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ๒. การพัฒนาบุคลากรรองรับการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด ๓. การซ้อมแผนและการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน ทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด	๑๑.ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงาน ได้จริง(ร้อยละ ๘๐)	กรมควบคุมโรค
๑.๒.๒ การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ	๑. การเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสโรคและผู้ป่วยในกลุ่ม เสี่ยงเป้าหมาย ๒. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโรคและผู้ป่วยตาม มาตรฐานให้หายและกินยาครบ	๑๒.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยไวรัสโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕)	กรมควบคุมโรค
๑.๒.๓ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	๑. จัดโครงสร้างและกำหนดผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดทุก ระดับ (เขต, จังหวัด ,อำเภอ, รพศ.,รพท.,รพช.,รพ.สต.) ๒. จัดระบบบริการด้านยาและสารเสพติดตั้งแต่การ ป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟู ติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัด	๑๓.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพ ต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการ บำบัดรักษา(๓ month remission rate) (ร้อยละ ๙๒)	กรมการแพทย์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	และมาตรการเชิงรุก ในสถานบริการการทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุข ๓. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามเกณฑ์ SP ๔. สถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ (HA ยาสีฟัน) เพิ่มขึ้น ๕. จัดระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาล ๖. พัฒนาศูนย์ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในระยะยาวให้เพียงพอตามสถานการณ์ในพื้นที่ ๗. ความร่วมมือกับหน่วยงานบำบัดนอกกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ กำกับดูแลมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ระบบต้องโทษ และค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		
๑.๓ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ๑.๓.๑การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ	๑. การจัดทำแนวทางหรือแผนงานหรือโครงการเฝ้าระวังคุณภาพ มาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒. ข้อมูลการเก็บตัวอย่างของจังหวัด หรือเก็บตัวอย่างในรายการที่ตกลงกับ อย.เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นรวมถึงแผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่ทั้งของจังหวัดและเขต เทียบกับเป้าหมายที่กำหนด ๓. ดำเนินการจัดการความเสี่ยง (Risk management) แบบบูรณาการ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	๑๔.ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด(ร้อยละ ๙๕)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
๑.๓.๒ การเฝ้าระวัง และตรวจสอบ ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป	๑. การเฝ้าระวัง และตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารสดและ อาหารแปรรูปได้แก่ ผักและผลไม้สด, เนื้อสัตว์สด , น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมาย, ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร,ผลิตภัณฑ์ นมโรงเรียน, ผลิตภัณฑ์จากแป้ง ,น้ำมันทอดอาหาร	๑๕.ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและ อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย (ร้อยละ ๘๐)	สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา
๑.๓.๓ การเฝ้าระวังและตรวจสอบ มาตรฐานสถานพยาบาลและสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ	๑.การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพในระดับเขตแบบบูรณาการ ๒. กระบวนการส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ให้ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ๓. มาตรการติดตาม ควบคุมกำกับมาตรฐานสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ	๑๖.ร้อยละของสถานพยาบาลและสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (ร้อยละ ๘๐)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๑.๓.๔ การคุ้มครองผู้บริโภคด้าน สิ่งแวดล้อม	๑. นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN& CLEAN Hospital ๒. กลไกการขับเคลื่อน และเตรียมทีมตรวจประเมิน โรงพยาบาลในพื้นที่ ๓. แผนพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๔. การดำเนินงานตามแผนฯ ๕.การประเมินโรงพยาบาล GREEN& CLEAN Hospital และศูนย์อนามัยดำเนินการสุ่มประเมินโรงพยาบาล	๑๗.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาด้าน สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN&CLEAN Hospital (ร้อยละ ๗๕)	กรมอนามัย

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการ			
๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๑. จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการ ๒. กลไกการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนระบบการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับเขตบริการสุขภาพและระดับจังหวัด ๓. การจัดระบบบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแล โดยให้เป็นทีมหมอประจำครอบครัวและมีการดูแลแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงระบบสนับสนุนจากแม่ข่าย ๔. มีกลไกการจัดการระดับอำเภอและระดับคลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster) เพื่อให้เกิดระบบสนับสนุนการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ๕. การจัดโครงสร้าง อาคารสถานที่ และเครื่องมือที่จำเป็น	๑๘.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
๒.๒ Service Plan สาขา NCD ๒.๒.๑ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	๑. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ๒. การพัฒนาระบบข้อมูล ๓. ค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อ CVD ๔. การจัดการหลังการประเมินในกลุ่มCVD risk $\geq 10\%$	๑๙.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (DM $\geq$ ร้อยละ ๔๐ , HT $\geq$ ร้อยละ ๕๐) ๒๐.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ($\geq$ ร้อยละ ๘๐)	กรมควบคุมโรค

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
		SP๑.สถานบริการแต่ละเขตผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus $\geq 70\%$	
๒.๒.๒ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	๑. กระตุ้นให้เป็นไปตามแผนStroke service plan ๒. บันทึกข้อตกลงเครือข่าย ๓. โรงพยาบาลทุกโรงต้องสามารถให้บริการมาตรฐาน ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	๒๑.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($< 15\%$) SP๒. Stroke Unit โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ ๑๐๐, โรงพยาบาลระดับ S ร้อยละ ๖๐สามารถให้ยาละลาย ลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ชั่วโมง หลังเกิดอาการ หรือให้ยา Aspirin ทางปากภายใน ๔๘ ชั่วโมง หลังเกิดอาการ	กรมการแพทย์
๒.๒.๓ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๑. การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย (COPD Clinic Model)	SP๓.ลดอัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันใน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง SP๔.อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน	กรมการแพทย์
๒.๓Service Plan สาขา RDU	๑. การคัดเลือกจัดหาเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพ ไว้ใช้ในสถานบริการ (Rational Drug Supply) ๒. การสั่งจ่ายและการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล (Rational Prescribe and Dispense) ๓. ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล (Rational Use)	๒๒.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่าง สมเหตุผล	-สำนักบริหารการสาธารณสุข -กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๒.๔Service Planสาขาทารกแรกเกิด	๑.เพิ่มเติมเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกคลอด ๒.เพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน NICU ที่	๒๓.อัตราการตายทารกแรกเกิดไม่เกิน ๔ ต่อ หนึ่งพันการเกิดมีชีวิต	กรมการแพทย์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ๓. จัดระบบ Intrauterine transfer ๔. จัดระบบ step down beds(refer back) ๕. การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย ๖. การฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ ผ่าน MCH board ๗. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ๘. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิด พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ได้ตามมาตรฐาน	SP๕.เพิ่มเติม NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ 1:500 ทารกคลอด (เตียง NICUภาพรวมเขต) SP๖. ร้อยละโรงพยาบาลที่มีศักยภาพส่งต่อ (Intrauterine transfer) SP๘. ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	
๒.๕ Service PlanสาขาPalliative Care	๑. การขยายบริการการดูแลแบบประคับประคอง ให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ	SP๘. ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M๒, F ๑-๓ ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง SP๙. ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง	กรมการแพทย์
๒.๖ Service Planสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	๑. ใช้กลไกการบริหารในส่วนภูมิภาคในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาบริการ โดยกำหนดให้มีChief Thai Traditional and Alternative Medicine Officer (CTMO) และกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้บริหารเขตและจังหวัด ๒. คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ	๒๔. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (≥ร้อยละ ๑๘.๕) SP๑๐. คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการทุกระดับเข้าสู่การรับรองคุณภาพมาตรฐาน	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๓. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานตามบริบทของหน่วยบริการ		
๒.๗Service Planสาขาสุขาภพจิต	๑. การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับ ๒. การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ ๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น ๔. การเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม (๑. โรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน ๕. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทางมาตรฐาน การบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แก่นนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย	๒๕. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากรไทย <i>SP๑๑.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี</i> <i>SP๑๒.ร้อยละของผู้ป่วยโรคกลุ่มเสี่ยง (โรคจิต โรคซึมเศร้า) เข้าถึงบริการ</i> <i>SP๑๓.ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</i>	กรมสุขภาพจิต

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
๒.๘ Service Plan๓ สาขาหลัก ^{plus}	๑. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน ๒. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง ๓. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ๔. สร้างเครือข่าย		กรมการแพทย์
๒.๘.๑ สูติกรรม		SP๑๔.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพช. M๒ ๒๕% SP๑๕.อัตราการตายจากเลือดเสียชีวิต =๐	กรมการแพทย์
๒.๘.๒ กุมารเวชกรรม		SP๑๖.อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ด.-๕ปีบริบูรณ์ < ๑๐ %	กรมการแพทย์
๒.๘.๓ ออร์โธปิดิกส์		SP๑๗.ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช. M๒ ลงไป ≥ ๑๐ %	กรมการแพทย์
๒.๘.๔ อายุรกรรม ⁺		SP๑๘.อัตราตายจาก Sepsis/ septic shock ≤ ๓๐%	กรมการแพทย์
๒.๙ Service Planโรคหัวใจ	๑. การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	๒๖.อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	กรมการแพทย์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	อย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน ๒. การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ให้รักษาโดยการทำบอลลูน หรือการผ่าตัด By pass โดยลดเวลาระยะเวลารอการทำ ๓. ข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยดูสาเหตุการตายจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ๔. แนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ๕. ระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด	SP๑๙.โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ๑๐๐% SP๒๐.ผู้ป่วย STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดและหรือยาละลายลิ่มเลือด≥๘๐% SP๒๑.อัตราการเสียชีวิต STEMI ในโรงพยาบาล≤ ๑๐%	
๒.๑๐Service Planโรคมะเร็ง	ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของ มะเร็ง ๕ อันดับแรก ๑ .ด้านการผ่าตัด - บริหารจัดการการส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง - บริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับโรคอื่นๆอย่างเหมาะสม ๒. ด้านเคมีบำบัด - ส่งสัณยแพทย์เข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการให้ยาเคมีบำบัดมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก - เพิ่มอัตรากำลังแพทย์ พยาบาล เภสัชกรด้านเคมีบำบัด ๓. ด้านรังสีรักษา	๒๗.ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาของมะเร็ง ๕ อันดับแรก(มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก) SP๒๒.ระยะของมะเร็ง (staging) (มะเร็งตับมะเร็งปอดมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมะเร็งปากมดลูก) ที่เข้ารับการรักษารั้งแรก (ได้รับการวินิจฉัย)	กรมการแพทย์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	- บริหารจัดการเครื่องฉายรังสีเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างเหมาะสม - เพิ่มอัตรากำลัง แพทย์นักฟิสิกส์การแพทย์ และนักรังสีการแพทย์ ให้พร้อมต่อการขยายบริการ		
๒.๑๑Service Planโรคไต	๑. การคัดกรองโรคไต ๒. การดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม - ขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ใน รพ.ระดับ F๓ - รพ.ระดับ M๒, F๑, F๒ >๕๐% ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ	๒๘.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของeGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr (≥ร้อยละ ๖๕) <i>SP๒๓.ผู้ป่วย DM, HT ได้รับการค้นหาและคัดกรอง CKD ≥๘๐ %</i> <i>SP๒๔.รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไปตรวจ serum Cr ด้วย enzymatic method ๑๐๐%</i> <i>SP๒๕.รพ.ระดับ M๒, F๑, F๒ ≥๕๐% ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ</i>	กรมการแพทย์
๒.๑๒Service Planสาขาทา	๑. เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ๒. การเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต	๒๙.ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (≥ร้อยละ ๘๐) <i>SP๒๖.ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการ คัด กร อ ง ส า ย ต า (≥ร้อยละ ๗๐)</i>	กรมการแพทย์
๒.๑๓Service Planสาขาสุขาพ	๑. การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ใน	<i>SP๒๗.ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.</i>	กรมอนามัย

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
ช่องปาก	หน่วยงานระดับปฐมภูมิ ๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก	ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มี คุณภาพ($\geq$ ร้อยละ๖๐)	สำนักบริหารการสาธารณสุข
๒.๑๔Service Planสาขาลูกถ่าย อวัยวะ	๑. ระบบการรับบริจาคอวัยวะ ๒. ระบบการรับบริจาคดวงตา	๓๐.จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ (๖๕๐ราย)	กรมการแพทย์
๒.๑๕Service Planสาขาอุบัติเหตุ	๑.การพัฒนาระบบ ECS คุณภาพ ๒. การพัฒนา ER คุณภาพ ๓.การพัฒนาการศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA Unit) ๔. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บการ พัฒนาระบบการส่งต่อ	๓๑.ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มี ระบบ ECS คุณภาพ($\geq$ ร้อยละ๖๐) SP๒๘.ร้อยละของERคุณภาพใน โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ๓๒.อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) (PS Score $\geq$ ๐.๗๕) น้อยกว่าร้อยละ ๑	กรมการแพทย์
๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน บริการ	๑. พัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าสูการรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล ตามมาตรฐานรับรอง คุณภาพ HAชั้น 3 และ Reaccredit	๓๓.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ และ Reaccredit	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ
	๒. การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาม มาตรฐานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและ	๓๔. รพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับ การพัฒนาคุณภาพร้อยละ๑๐	สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	กระบวนการบริการ		
คณะ ๓ การบริหารทรัพยากรมนุษย์			
๓.๑ การผลิตและพัฒนากำลังคน ด้านสุขภาพ	๑. การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ ๒. การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน ๓. การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคน ๔.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน ๕.การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ	๓๕. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ)	สถาบันพระบรมราชชนก
๓.๒การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร จัดการกำลังคน	๑. การบริหารจัดการการใช้ดัชนีความสุขของคนทำงาน และ Core value MOPH ๒. การสื่อสารกับองค์กรเรื่องการใช้ดัชนีความสุขของ คนทำงานและ Core value MOPH ๓. สำรวจและประมวลผลการใช้ดัชนีความสุขของ คนทำงานและ Core value MOPH	๓๖. ร้อยละหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุข ของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้ (เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ขึ้นไป)	-สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ -กลุ่มบริหารบุคคล สป.
๓.๓การพัฒนาเครือข่ายกำลังคน ด้านสุขภาพ	๑. การพัฒนาศักยภาพ อสค. เป็นแกนนำในการดูแล ศักยภาพครอบครัว โดยกลไกการหนุนเสริมระบบการ ดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ ๒. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว	๓๗. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการ ดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๕๐)	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๓. การประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแล สุขภาพด้วยตนเอง ๔. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพ ของครอบครัว		
คณะ๔ การบริหารจัดการ			
๔.๑ ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ ๔.๑.๑ITA	๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ /แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง) ๒. การป้องกันเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน ๓. การตอบสนองข้อร้องเรียน	๓๘.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๘๕)	ศูนย์ปราบปรามการทุจริต
๒การบริหารจัดการด้านยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	๑. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการยา และเวชภัณฑ์ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ. ๒๕๕๗ ๒. จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการ ขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	๓๙.ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ ที่ไม่ใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันต กรรม(ร้อยละ ๒๐)	สำนักบริหารการ สาธารณสุข สป.
๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ด้านสุขภาพ	๑. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย - คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ill define) ผ่าน เกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ ๒. คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ - คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน การบันทึกข้อมูลและการ วินิจฉัยมีความครบถ้วนถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ๗๕	๔๐.ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่าน เกณฑ์คุณภาพข้อมูล (ร้อยละ ๘๐)	สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์
๔.๓ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑.การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด	๔๑.ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการ	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒.ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ ๓.การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศ การแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ๔.ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ของจังหวัด	การแพทย์ฉุกเฉินปี ๒๕๖๐ (ร้อยละ ๙๕.๕)	แห่งชาติ
๔.๔การบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง	๑.หน่วยบริการได้รับการจัดสรรที่พอเพียงต่อการ ให้บริการ มีรายได้ไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย ๒.การบริหาร ติดตาม กำกับแผนการเงินการคลัง ด้วย แผนทางการเงิน (Plan FIN Management)ทุกเดือน ๓. การประเมินกระบวนการทำงาน (FAI) ๔. ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยใช้ ดัชนี๗ตัว ๕. การตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง/คะแนน คุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ ๖. มีเครือข่ายด้านการเงินการคลังและการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร	๔๒.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะ วิกฤติทางการเงิน (ไม่เกินร้อยละ ๘)	กลุ่มประกันสุขภาพสป.
๔.๕การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ ด้านสุขภาพ	๑. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกจังหวัดใน เขตสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุน งานวิจัย ๒. เขตสุขภาพมีผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ เพื่อ นำไปใช้ประโยชน์ ๓.ระบบฐานข้อมูลงานวิจัย /R๒R ในระดับเขตสุขภาพ ๔. ระบบฐานข้อมูล/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงาน	๔๓.ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้ หน่วยงานต่างนำไปใช้ประโยชน์ (ร้อยละ ๒๐)	สำนักวิชาการสาธารณสุข สป.

หัวข้อ	ประเด็นตรวจราชการ	KPI ตรวจราชการ๔๓ตัว/KPI Service Plan ๒๘ตัว	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์		
คณะ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี			
๕.๑ บริหารจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งแฉะล้อม	๑. การส่งเสริมการลดการเกิดขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายที่ต้นทางแหล่งกำเนิดและการนำขยะไปใช้ประโยชน์ ๒. การเพิ่มศักยภาพการจัดเก็บ ขนส่ง และกำจัดขยะมูลฝอยตกค้างและที่เกิดขึ้นใหม่ ของเสียอันตรายชุมชน และขยะติดเชื้อ ๓. การเพิ่มศักยภาพการจัดการกากอุตสาหกรรม ๔. การพัฒนา กฎ ระเบียบ มาตรการและแนวทางปฏิบัติ และกำกับ ดูแลบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด		กรมอนามัย สำนักบริหารการสาธารณสุข
๕.๒ การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	๑. การติดตามสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน - สถานการณ์ในสภาวะปกติ - สถานการณ์ในช่วงเทศกาล ๒. การติดตามปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ๓. การตรวจติดตามความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ทั้งช่วงเทศกาลและตลอดปี		กรมควบคุมโรค สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ (Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

หัวข้อการตรวจราชการ ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

สถานการณ์

สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ประมาณร้อยละ ๒๐ อยู่คนเดียว จำนวน ๖ แสนคน หรือร้อยละ ๗.๗ ร้อยละ ๙.๕ เจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียง ร้อยละ ๒๖ มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ ๑๒.๔ และ เข้าถึงระบบบริการร้อยละ ๕๖.๗

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑.ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์			
ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ตามองค์ประกอบดังนี้ ๑.มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว ๒.มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ๓.มี Care manager Care giver หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ๔.มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home	๑. ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ และสปสช. “คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลาง และคณะกรรมการดำเนินงาน ในระดับพื้นที่ และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ๒. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ และคู่มือดูแลผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”	๑.พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ จังหวัดประเมินพื้นที่รายงานให้ศูนย์อนามัยเขตรายไตรมาส ๒.ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมินและรายงานให้ส่วนกลางรอบ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน	๑.จำนวนผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ๑๕๐,๐๐๐ คน ๒. Care manager ผ่านการอบรม ๓,๔๘๐ คน ๓. Care giver ผ่านการอบรม ๑๓,๙๒๐ คน ๔. ตำบลต้นแบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐ ๕. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ

Health Care) จากสถาน บริการชุมชนโดย บุคลากรสาธารณสุขและ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	๓. ขับเคลื่อนการ บังคับใช้กฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และแนวทางการ จ่ายเงินตามชุดสิทธิ ประโยชน์ และ มาตรฐานการดูแล ผู้สูงอายุ		๕๐
๕. มีบริการส่งเสริม ป้องกันทันตสุขภาพใน ระดับตำบล	๔. สร้างสื่อสาธารณะที่ เข้าถึงง่ายร่วมกับ เครือข่าย เพื่อ สังคมไทยเป็นสังคม แห่งความกตัญญูรู้คุณ ผู้สูงอายุ		๖. มีระบบการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้ สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในตำบล Long Term Care
๖. มีระบบการดูแล ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดย ท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแล ผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)	๕. พัฒนานโยบาย LCT /ระบบการดูแล ผู้สูงอายุ ms /อบรม Care manager Care giver และ อสค. สนับสนุนกลไกการ เงินจาก สปสช.		
๗. มีคณะกรรมการ บริหารจัดการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ชุมชนหรือ คณะกรรมการกองทุน ตำบล			

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
นพ.อุดม อัสวตมากร	ตำแหน่งผู้อำนวยการสำนัก อนามัยผู้สูงอายุ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรม อนามัย	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๕๐๘ Mobile ๐๘ ๑๓๗๗ ๖๖๒๓ e-mail : asawut@hotmail.com	ร้อยละตำบลที่มีระบบ ส่งเสริมสุขภาพดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ใน ชุมชนผ่านเกณฑ์

นางวิมล บ้านพวน	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรม อนามัย	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๕๐๘ Mobile๐๙ ๗๒๔๑ ๙๗๒๙ e-mail : vimol.b@anamai.mail.go.th	ร้อยละตำบลที่มีระบบ ส่งเสริมสุขภาพดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ใน ชุมชนผ่านเกณฑ์
-----------------	--	---	---

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกต. แต่ละคณะ

รายละเอียดตัวชี้วัดระดับกรม (กรมลงนามกับกระทรวง)

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
ประเด็นยุทธศาสตร์	PP Excellence: การส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์	ดูแล LTC ในผู้สูงอายุ
คำนิยาม	- มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ หมายถึงมีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้ 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 7. มีคณะกรรมการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ ● ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ● มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	- รายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต - ศูนย์อนามัยที่ 1-13 รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามรอบการรายงาน 3, 6, 9, 12 เดือน
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนตำบลทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ : $\frac{A}{B} \times 100$			
ระยะเวลาประเมิน	ประเมินผลรายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
5 เดือนแรก (ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560)				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
27	29	31	33	35
5 เดือนหลัง (มีนาคม 2560 – กรกฎาคม 2560)				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
35	37	40	45	50
มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :				
(P = Partnership , I=Investment, R= Regulation, A=Advocacy, B=Building capacity)				
P : ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ				
I : ประสานแหล่งเงินทุน (สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน				
R : ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ				
A : สร้างการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ				
B พัฒนานโยบาย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ระบบดูแลผู้สูงอายุ 3 S (Thai Active Aging: Strong Social and Security) อบรม Care manager, Caregiver และ อสค. และ สนับสนุนกลไกการเงินจาก สปสช.				
Small Success :				
กลไก	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ส่วนกลาง	-มีคณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. 7 x 7 -มีคณะกรรมการขับเคลื่อน PA และ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ 3 S	-ออกกฎระเบียบ/จัดทำ คู่มือและมาตรฐานการดำเนินงาน -ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทีมประเมิน - มีแผนบูรณาการ 3 S ในกระทรวง	- มีระบบฐานข้อมูล - มีกฎระเบียบ/คู่มือและมาตรฐานการดำเนินงาน - มีแผนบูรณาการ 3 S ร่วม 4 กระทรวงหลัก -ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง	- มีช่องทางการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่าย - มีรายงานผลการดำเนินงานข้อเสนอเชิงนโยบายLTC / 3S
เขตสุขภาพ สสจ./รพศ./รพท.	-มีคณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. ในระดับเขต 5 x 5 -มีคณะกรรมการระดับจังหวัด -ประชุมชี้แจง และจัดอบรม CM	- สนับสนุนการดำเนินงาน - มี CM 1,740 คน - จัดสรรงบประมาณแก่พื้นที่ - มีการขับเคลื่อนงานโดยใช้เทคนิคค่ากลาง (ฉบับอ.นพ.อมร นนทสดี)	- มี CM 2,610 คน - จัดสรรงบประมาณแก่พื้นที่	- มี CM 3,480 คน - จัดสรรงบประมาณแก่พื้นที่

กลไก	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
ระดับอำเภอ (DHS)/พื้นที่	-มีคณะกรรมการระดับพื้นที่/ กรรมการกองทุน LTC -ประชุมชี้แจง และจัดอบรม CG	- มี CG 6,960 คน -สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ตาม Care plan ร้อยละ 30-59 - ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 35	-มี CG 10,440 คน -ดูแลผู้สูงอายุตามCare plan ร้อยละ 60-70 - ตำบล LTC ผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ 40	- มี CG 13,920 คน - ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 80 – 100 -ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50													
วิธีการประเมินผล :	พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ จังหวัดประเมินพื้นที่รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมิน และรายงานให้ส่วนกลางรอบ3, 6, 9 และ 12 เดือน																
เอกสารสนับสนุน :	1.คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในพื้นที่ตำบล Long Term Care 2.คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 3.คู่มือแนวทางการประเมิน ADL 4.คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr> <tr> <th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ผ่านเกณฑ์</td><td>ร้อยละ</td><td>13.43 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)</td><td>27 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)</td><td>74.5 (หมายเหตุ: เฉพาะตำบลนำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)</td></tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	13.43 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	27 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	74.5 (หมายเหตุ: เฉพาะตำบลนำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2557	2558	2559													
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	13.43 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	27 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)	74.5 (หมายเหตุ: เฉพาะตำบลนำร่องโครงการ LTC 1,067 ตำบล)													
ผู้กำกับตัวชี้วัด	1. นายแพทย์วิชระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน 02 590 4049 E-mail : drwachira99@gmail.com 2. นายแพทย์อุดม อัสวตมางกูร ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590 4508 E-mail : asawut@hotmail.com , udom.a@anamai.mail.go.th																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์อุดม อัสวตมางกูร ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย E – mail : asawut@hotmail.com , udom.a@anamai.mail.go.th โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2590 4508 2. นางวิมล บ้านพวน หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่ายสำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย E – mail : vimol.b@anamai.mail.go.th โทรศัพท์ทำงาน 0 2590 4508, โทรศัพท์มือถือ : 097 241 9729																

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
ผู้รับผิดชอบรายงานผล การดำเนินงาน	นางอรรรรณี อนันตรสุชาติ กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย เบอร์ติดต่อ 025904504 0 81454 3563 E-mail : orawannee.a@anamai.mail.go.th

[illegible]

1.3 รายละเอียดผลการดำเนินงาน

ข้อมูล ประกอบ การ วิเคราะห์ ลำดับที่	ตัวชี้วัด	รายการ ข้อมูล ณ วันที่	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	จังหวัด	ภาพรวม เขต ...ณ วันที่
1	ตำบลต้นแบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50	เป้าหมาย									
		ผลงาน									
		อัตรา/ร้อยละ									
๒	ผู้สูงอายุได้รับ การประเมินและ จัดทำแผนการ ดูแลรายบุคคล ร้อยละ 80-100	เป้าหมาย									
		ผลงาน									
		อัตรา/ร้อยละ									
๓	จำนวน Care Manager ผ่าน การอบรม	เป้าหมาย									
		ผลงาน									
		อัตรา/ร้อยละ									
4	จำนวน Care giver ผ่านการ อบรม	เป้าหมาย									
		ผลงาน									
		อัตรา/ร้อยละ									

ผลการดำเนินงาน.....

3. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

ส่วนที่ 1 ข้อสังเกตที่พบ/ ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ประเด็น/หัวข้อ (1)	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค (2)	ข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยรับตรวจ (3)	ข้อเสนอแนะ ต่อส่วนกลางหรือผู้บริหาร (4)
1.				
2.				
3.				
4.				

4. ความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
.	..	
.	..	

6.ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

7 .นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.

ตำแหน่ง

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน

เบอร์โทร.....

E-mail

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๓ : การบริหารทรัพยากรมนุษย์

หัวข้อ (ชื่อตัวชี้วัด): ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้
ตามเกณฑ์ที่กำหนด

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (Inspection Guideline)

คณะที่ ๓ : การบริหารทรัพยากรมนุษย์

๑. หัวข้อ (ชื่อตัวชี้วัด): ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. สถานการณ์

หลักการและเหตุผล

๑. ระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากระดับ อาชีพ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้นขณะที่งบประมาณภาครัฐ เริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข

๒. การผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขยังไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่เป็นไปตามที่พึงประสงค์ มีการสูญเสียกำลังคนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเกิดการขาดช่วงในการหาบุคลากรมาทดแทนการขาดแคลนอัตราที่กำลังที่จำเป็น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีภาระงานมากกว่าปริมาณที่บุคลากรคนหนึ่งตำแหน่งหนึ่งจะทำได้ในระยะเวลาหนึ่งตามกรอบมาตรฐานที่กำหนด จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคประชาชนและภาคประชาสังคมให้เข้มแข็ง เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพในชุมชนที่มีศักยภาพและเป็นแกนหลักในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพของประชาชน

๓. พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases : NCDs) มากขึ้น

๓.๑ มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวนถึง ๑ ล้านคน และมีจำนวน ๙ แสนหกหมื่นคนที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ส่วนอีก ๖ หมื่นสามพันคนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘) และปี ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีผู้สูงอายุติดบ้าน ๒๓๕,๓๐๑ คน และผู้สูงอายุติดเตียง ๑๓๖,๖๗๗ คน (ข้อมูล TDRI ณ ๗ ตุลาคม ๒๕๕๙)

๓.๒ มีคนไทยจำนวนถึง ๑๔ ล้านคน ที่เป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศ โดยจากสถิติปี พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่า มีประชากรเสียชีวิต จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน หรือ คิดเป็น ๗๓% ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด ในปี ๒๕๕๒

๓.๓ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ ๘ ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ๒ แสนคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน โดยผู้ป่วยไต ๑ คน มีค่าใช้จ่ายในการล้างไตเฉลี่ยเดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท แต่ค่าใช้จ่ายปีงบประมาณสูงถึง ๓,๐๐๐ ล้านบาท คาดว่าปี๒๕๖๐ อาจต้องใช้งบประมาณถึงกว่า ๑๗,๐๐๐ ล้านบาท (ข้อมูลจากสมาคมโรคไต)

๓.๔ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๔ จำนวน ๘๖,๗๐๘ คน (ข้อมูลจากDashboard - HDC - กระทรวงสาธารณสุข) และในระยะนี้หากได้รับการดูแลสุขภาพอย่างดีจะทำให้ลดระยะการป่วยจากระยะที่ ๔ เป็นระยะที่ ๓ หรืออยู่ในภาวะคงที่ระยะที่ ๔

๓.๕ หากผู้ป่วยโรคไตได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรกๆ ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ จะชะลอการเกิดไตวายระยะสุดท้ายนานขึ้นจาก ๗ ปี เป็น ๑๔ ปี (ข้อมูลบทเรียนจากกำแพงเพชร

ของสถาบันไถ่ภูมิราชนครินทร์ ร่วมกับโรงพยาบาลคลองขลุง และโรงพยาบาลทรายทองพัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร)

๔. ประเทศไทย มีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประเทศมุ่งหวังให้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (SelfCare) ให้ประชาชนได้เลือกวิธีการหรือกิจกรรมที่ใช้ประพฤติปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยกันเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ระวังรักษาร่างกายให้สะอาดปราศจากเชื้อโรค ภัยอันตรายที่อาจจะทำให้บาดเจ็บ ป่วย เสี่ยงหรือพิการ การดูแลจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสและระวังภัยจากสังคม ตลอดจนการวิเคราะห์ สืบค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง โดยการใช้องค์ความรู้ ภูมิปัญญา เทคโนโลยีและทรัพยากรพื้นฐานในครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเริ่มจากการสร้างระบบการสร้างความรู้ในชุมชนที่ต้องมีคน ที่รู้เรื่องสุขภาพ และเป็นศูนย์รวมในการให้คำปรึกษาหารือเรื่องสุขภาพและเป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ อสม. ผสส.

๕. กระทรวงสาธารณสุขพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพภาคประชาชน ด้วยการเสริมความเข้มแข็งให้ประชาชนมี Health Literacy คือ มีความรอบรู้ มีการเข้าถึงข้อมูล และตัดสินใจได้ดี เป็นการสร้างกระบวนการให้ประชาชนดำเนินการตามหน้าที่ของพลเมืองในการมีความรู้ ความเข้าใจและประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างรับผิดชอบด้วยความรู้สึกว่า “สุขภาพเป็นของเรา” ด้วยการขยายเครือข่ายการสร้างความรู้แก่ประชาชน จากชุมชน หรือตำบลจัดการสุขภาพ ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เข้าสู่ครัวเรือน เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว. หรือ อสค. เพื่อช่วยดูแลสุขภาพคนในครอบครัวให้ครอบครัวปลอดภัยและกลับมาพึ่งตนเองได้ โดยมุ่งเน้นให้แต่ละครอบครัวมี อสค. อย่างน้อย ๑ คน โดยมีเป้าหมายจะให้ มี อสค. จำนวน ๔ ล้านคนภายใน ๕ ปี โดยเริ่มจากกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยCKD LTC NCD ก่อน เพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการดูแลปฏิบัติจาก อสค.ในครอบครัว ที่ดูแลการควบคุมอาหาร การกินยาตามเวลา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลอารมณ์และจิตใจ และเกิดผลจากการปฏิบัติของคนในครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะไตเรื้อรัง ลดระยะการป่วยจากระยะที่ ๔ เป็นระยะที่ ๓ หรืออยู่ในภาวะคงที่ระยะที่ ๔ ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน หรือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรคNCD ไม่ป่วยด้วยโรคNCD หรือหากป่วยก็สามารถควบคุมโรคได้ เป็นต้น

ทั้งนี้ อสค.จะเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดย อสม. ๑ คน จะเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา เพิ่มพูนความรู้และให้คำแนะนำแก่ อสค. ๓ คน ปัจจุบันเรามี อสม. ๑ ล้าน ๔ หมื่นกว่าคนที่มีความรอบรู้ในการดูแลและจัดการสุขภาพในชุมชน ตำบลจัดการสุขภาพ เมื่อรวมกับ อสค.ที่ได้เรียนรู้จากของจริง ปฏิบัติจริง ทำให้มีความรอบรู้เข้าถึงข้อมูลและประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพจนเกิดผล จะเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่เข้มแข็งที่จะช่วยเสริมกำลังคนด้านสุขภาพในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างดี ทั้งหลายปวงของการขยายงาน อสค. ล้วนแล้วเพื่อความเข้มแข็งของงานปฐมนุฏิมายิ่งขึ้น เป็นการเชื่อมโยงหนุนเสริมการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน ตลอดจนทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้และเสริมพลังกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย โดยเริ่มดำเนินการครั้งแรกตั้งแต่เดือนมิถุนายน ๒๕๕๙ เป็นต้นมา และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง เกิดผลเชิงรูปธรรมของผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน อสค.และเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว จึงกำหนดเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ความสัมพันธ์กับแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข

การเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว โดยกลไกกำลังคนด้านสุขภาพเครือข่ายภาคประชาชน ในรูปแบบอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เป็นแผนงานตามยุทธศาสตร์เฉพาะของรัฐบาล (Agenda) กลุ่มงานด้านสังคม ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๗๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม สอดคล้องกับ

(๑) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) เป้าหมายที่ ๓ ทำให้แน่ใจถึงการมีสุขภาวะในการดำรงชีวิต และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ

(๒) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ในยุทธศาสตร์ ๑ การเสริมสร้างและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์: ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพภาครัฐ และพัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย และยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

(๓) ประเด็นการปฏิรูปของสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทย: เรื่อง การวางแผนกำลังคนภาครัฐเชิงยุทธศาสตร์

(๔) นโยบายรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้แก่ ข้อ ๕ การยกระดับคุณภาพ และบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยจะวางรากฐาน พัฒนา และเสริมความเข้มแข็งให้แก่การบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพประชาชน

(๕) ยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข คือ (๑) ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) แผนที่ ๑๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการที่ ๔ โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ (๒) นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้สมาชิกในครัวเรือนเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ข้อมูลผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา

ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ อาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จำนวน ๔๐,๐๐๐ คน จากการสนับสนุนงบประมาณของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และจังหวัดดำเนินการเพิ่มเติมภายใต้ทรัพยากรของพื้นที่ จำนวน ๑๐,๖๕๒ คน รวมจำนวนทั้งสิ้น ๕๐,๖๕๒ คน (ข้อมูลจากรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน อสค. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน)

เป้าหมายรายจังหวัดจัดกลุ่มเขต

พื้นที่ดำเนินการทั่วประเทศ จำนวนเป้าหมาย ๕๐๐,๐๐๐ คน รายละเอียดเป้าหมายรายจังหวัดปรากฏตามเอกสารที่เกี่ยวข้อง เรื่อง เป้าหมายรายจังหวัด

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ ในเขตรับผิดชอบ

(ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก <http://hdcservice.moph.go.th/> วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๙)

เขตสุขภาพที่	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ (คน)	จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (คน)	จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (คน)
๑	๑๔,๖๐๑	๑๕,๗๗๒	
๒	๕,๙๘๑	๙,๔๑๙	
๓	๕,๙๐๐	๙,๐๔๗	
๔	๘,๒๗๕	๑๑,๕๓๔	
๕	๗,๒๔๔	๑๒,๗๕๐	
๖	๗,๑๔๔	๑๒,๗๔๖	

เขตสุขภาพที่	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ ๔ (คน)	จำนวนผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง (คน)	จำนวนผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (คน)
๗	๙,๖๘๕	๑๒,๗๐๕	
๘	๑๐,๕๖๖	๑๒,๘๒๑	
๙	๙,๙๐๐	๑๗,๕๒๗	
๑๐	๙,๔๔๕	๑๑,๐๕๓	
๑๑	๕,๗๓๐	๙,๖๑๐	
๑๒	๕,๕๒๙	๑๐,๐๑๗	
รวม	๑๐๐,๐๐๐	๑๔๕,๐๐๐	
๑๓	เฉพาะเป้าหมายของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร (อยู่ระหว่างที่ กรุงเทพมหานครและ เครือข่ายสุขภาพ ตรวจสอบ ข้อมูล เพื่อตั้งเป้าหมาย ดำเนินการ)	๕,๐๐๐	
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๓	๕๐ เขต	๕,๐๐๐	
รวมทั้งหมด	๑๐๐,๐๐๐	๑๕๐,๐๐๐	๒๕๐,๐๐๐

หมายเหตุ ทุกจังหวัดทุกกลุ่มเขตสามารถเพิ่มเป้าหมายการดำเนินงานได้ ตามสภาพปัญหา บริบท ข้อมูลจริงและความพร้อมของพื้นที่ ทั้งนี้ให้แจ้งเป้าหมายที่เพิ่มเติมมายังกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อทราบและพิจารณาให้การสนับสนุนทรัพยากรตามเหมาะสม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนและพัฒนาภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคประชาชนให้เข้มแข็ง ภายใต้ ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ ให้สามารถหนุนเสริมระบบบริการสุขภาพ (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ) และ สุขภาวะในการดำรงชีวิต และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกกลุ่มทุกช่วงอายุ(PP Excellence Strategies) ด้วยการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

๑) เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน

๒) เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ

๓) เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด

๔) เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน

๒. เพื่อส่งเสริมให้ทุกระบบบริการสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในทุกกลุ่มวัย อาทิ คลินิกโรคไต คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิกความดันโลหิต เบาหวาน การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทีมหมอครอบครัว ฯลฯ มีระบบอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) นำมาเสริมฐานทุนเดิมของภาครัฐให้เกิดเป็นพลังในระบบสุขภาพของประเทศ ต่อยอดการดูแลสุขภาพจากบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขสถานพยาบาล อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ขยายผลไปถึงครอบครัว อย่างน้อยแต่ละครอบครัวจะมี ๑ คน ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และสมาชิกที่มีในครอบครัวได้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาของชุมชน

หมายเหตุ: อสค. ไม่มีค่าตอบแทนหรือสิ่งตอบแทนใดๆและอสค.จะไม่เรียกร้องสิ่งตอบแทนใดๆ ทำเพื่อบุคคลในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา

๓. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๓.๑ การตรวจราชการรอบที่ ๑

๑. การพัฒนาศักยภาพ อสค. เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว โดยกลไกการหนุนเสริมระบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ

๒. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว

๓.๒ การตรวจราชการรอบที่ ๒

๑. การประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

๒. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น: (๑) การพัฒนาศักยภาพ อสค. เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว โดยกลไกการหนุนเสริมระบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ			
๑. ทุกจังหวัดมี อสค. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและเป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพครอบครัว	๑.๑ พัฒนากลไกการหนุนเสริมการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ	(๑) มีการสร้างความรู้ความเข้าใจในวัตถุประสงค์เป้าหมาย กระบวนการดำเนินงาน บทบาทของแต่ละภาคส่วนในการขับเคลื่อนงาน และสิ่งที่จะได้ ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นทั้งในภาพรวม ส่วนงานและประชาชน (๒) มีการประสานงานบูรณาการร่วมกันระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง สถานพยาบาล	มีเครือข่ายทุกภาคส่วนทุกระดับ(โดยเฉพาะหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพภาคประชาชน) เป็นกลไกการขับเคลื่อนและหนุนเสริมการดูแลสุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการระดับเขต/

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		สำนักงานสาธารณสุข รพ.สต. ทีมหมอครอบครัว ผู้จัดการ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) อสม. ฯลฯ สร้างเป็นกลไกใน การหนุนเสริมการดูแลสุขภาพ ของครอบครัวแบบบูรณาการ (๓) ใช้กลไกตามข้อ (๒) ขับเคลื่อน ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน อสม.และการ เสริมสร้างศักยภาพการดูแล สุขภาพระดับครอบครัว	จังหวัด/อำเภอ/ตำบล
๑. ทุกจังหวัดมี อสม. ที่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพ ตนเองและเป็น แกนนำในการดูแล ศักยภาพครอบครัว	๑.๒ พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นแกนนำในการดูแลศักยภาพ ครอบครัว	(๑) มีข้อมูล ■ ครอบครัว โรค/ปัจจัย/ ภาวะของสมาชิกในครัวเรือนที่ มีต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่ เขตรับผิดชอบ/ผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมา ■ ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรค ความดันโลหิต โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ติดสังคม ครอบครัวผู้ป่วย โรคความดันโลหิตและหรือ โรคเบาหวานที่เป็นโรคไตในแต่ ละระยะ รวมถึงข้อมูลกลุ่มวัย อื่น ■ ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ครอบครัวผู้ป่วย โรค ความดันโลหิตและหรือ โรคเบาหวานที่เป็นโรคไต ที่ได้รับการสอนหรือถ่ายทอด ความรู้ในการดูแลสุขภาพจาก คลินิกCKD NCD หรือทีมหมอ ครอบครัว เครือข่ายเยี่ยมบ้าน	มี อสม. ที่มีความรู้ ความเข้าใจและประพฤติก ปฏิบัติตนจริงอย่างเป็น รูปธรรมตามบทบาท อสม.ที่กำหนด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๑. ทุกจังหวัดมี อสค. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว		ทีมสหสาขา หรือโรงเรียน เกี่ยวกับการรักษไต ความดัน เบาหวาน (๒) มีการวิเคราะห์ข้อมูล(๑) กำหนดจำนวนและกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานตามเงื่อนไขกำหนดและหรือเพิ่มเติมตามจำเป็นและบริบท (๓) มีแผนการดำเนินงาน ■ พัฒนาศักยภาพ อสค. ตามหลักสูตร ประกอบด้วย - ขั้นตอนการคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดของ อสค. โดยไม่เลือกบุคคลผู้มีตำแหน่งเป็น อสม. อยู่แล้ว ทั้งนี้ให้กลไกตามมาตรการ ๑.๑ เป็นผู้ดำเนินการ - ขั้นตอนพัฒนาศักยภาพ หรือฝึกอบรม อสค. ■ ส่งเสริมบทบาท อสค. ให้ประพฤติปฏิบัติตนตามบทบาทได้จริง ■ เสริมสร้างศักยภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกิดการประพฤติปฏิบัติตนอย่างเป็นรูปธรรมอย่างน้อยกลุ่มผู้ป่วยที่ อสค. ดูแล ■ ติดตาม กำกับ ประเมินผลอสค. และครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (๔) มีการดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสค. และแผนที่เกี่ยวข้องตามข้อ (๓)	มี อสค. ที่มีความรู้ความเข้าใจและประพฤติปฏิบัติตนจริงอย่างเป็นรูปธรรมตามบทบาท อสค.ที่กำหนด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๑. ทุกจังหวัดมี อสค. ที่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพ ตนเองและเป็น แกนนำในการดูแล ศักยภาพครอบครัว		ทั้งนี้การพัฒนาศักยภาพ อสค. มิได้หมายถึง การนำ สมาชิกของแต่ละครอบครัว ที่ผ่านการคัดเลือกมารวมกลุ่ม เข้าห้องเรียนฟังบรรยาย ๑ วัน แล้วมอบประกาศนียบัตร แต่ หมายถึง การฝึกปฏิบัติ ที่รพ. หรือที่รพ.สต.หรือที่บ้าน ด้วย - กระบวนการ วิธีการ ที่คลินิกโรคต่างๆ เช่น โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ดำเนินการอยู่ ในปัจจุบันหรือการสอนหรือ การจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกับ ญาติที่ป่วยเมื่อมารับบริการ ของสถานพยาบาลต่างๆ ในการถ่ายทอดความรู้ ฟัง เรื่องราวประสบการณ์จาก ของจริง ทั้งการบรรยาย อธิบาย ฝึกปฏิบัติ สาธิต พาทำ จับมือสอนทำ ตัวอย่างของจริง เพื่อให้ผู้ที่มาเป็น อสค. มี ความรู้ ความเข้าใจและ สามารถปฏิบัติได้จริง (การ เรียนรู้ของอสค. เน้นการปฏิบัติ จริง) - การจัดทีมหมอครอบครัว ทีมสหสาขา เครือข่ายเยี่ยม บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ไปสอนที่บ้านกับ ของจริง - เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาจากของจริงในครอบครัว ในชุมชน และมีการเรียนรู้ร่วมกับ อสม. ในวันที่มีการประชุม อสม. เพื่อ - ให้อสค.และอสม. เป็น	มี อสค. ที่มีความรู้ความ เข้าใจและประพฤติ ปฏิบัติตนจริงอย่างเป็น รูปธรรมตามบทบาท อสค.ที่กำหนด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		เครือข่ายประสานงานซึ่งกันและกัน โดย อสม.จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง อสค. - สร้างความรู้ความเข้าใจ ในบทบาท อสค. คุณธรรมจริยธรรม และการช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา ให้แก่อสค. - มอบประกาศนียบัตร บัตรประจำตัว อสค. การอบรมร่วมนี้นี้ทำหลังจากการเรียนรู้ร่วมกับญาติ สำหรับประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัว อสค. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้จัดทำโปรแกรมการพิมพ์ให้จังหวัดสามารถดำเนินการได้ ส่วนคู่มือ อสค. หลักสูตรอสค. แนวทางการดำเนินงานและงบประมาณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพสนับสนุนโดยตรงไปยังจังหวัดตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนดหรือเพิ่มเติมตามแจ้งมายังกรมฯ (๕) ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงวิธีการ แผนงาน	
๑. ทุกจังหวัดมี อสค. ที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ ในการดูแล สุขภาพตนเอง และเป็นแกนนำ ในการดูแล ศักยภาพ ครอบครัว	๑.๓ บริหารจัดการข้อมูล	(๑) มีการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยจังหวัดผ่าน http://fvphc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net (๒) มีการใช้ข้อมูลในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของ อสค. เชื่อมต่อกับข้อมูล ๔๓ แฟ้มของพื้นที่และ hdcservice ของกระทรวงสาธารณสุข (๓) มีการส่งต่อข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและ ประเมินผลการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว	มีการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อย่างถูกต้อง ทันสมัย เป็นปัจจุบัน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น: (๒) การพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว			
๑. ทุกจังหวัดมี อสค. ที่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพ ตนเองและเป็น แก่นนำในการดูแล ศักยภาพ ครอบครัว	๒.๑ พัฒนาระบบสื่อสารและ เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร	(๑) มีการสร้างและพัฒนา ระบบสื่อสารระหว่าง อสค.กับ อสค.โดยใช้ประโยชน์จาก เทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ก ฯลฯ (๒) มีการสร้างและพัฒนา ระบบสื่อสารระหว่าง อสค.กับ อสม.โดยใช้ประโยชน์จาก เทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ก ฯลฯ (๓) มีการสร้างและพัฒนา ระบบสื่อสารระหว่าง อสค. อสม.และเจ้าหน้าที่โดยใช้ ประโยชน์จากเทคโนโลยี อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ก ฯลฯ	มีระบบสื่อสารเทคโนโลยีที่ ทันสมัย อสค. อสม.และ เจ้าหน้าที่สื่อสาร ถึงกัน ได้ง่าย รวดเร็ว ทัวถึง เหมาะสม กับบริบท
๑. ทุกจังหวัดมี อสค. ที่ได้รับ การพัฒนา ศักยภาพ ในการดูแล สุขภาพตนเอง และเป็นแกนนำ ในการดูแล ศักยภาพ ครอบครัว	๒.๒ พัฒนาระบบสื่อสารและ เทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้และ การดูแลสุขภาพของ ครอบครัว	(๑) มีการพัฒนาหรือ ประยุกต์ใช้ระบบสื่อสารและ เทคโนโลยี เพื่อสร้างการเรียนรู้ และการดูแลสุขภาพของอสค. และของครอบครัว อาทิ แอปพลิเคชัน ไลน์ เฟซบุ๊ก ฯลฯ	มีระบบสื่อสารเทคโนโลยีเพื่อ การเรียนรู้ที่ทันสมัย ครอบครัวเข้าถึงได้ง่าย
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น: (๓) การประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง			
๒. ทุกจังหวัดมี ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการ ดูแลสุขภาพ ตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	๓.๑ พัฒนากระบวนการ ประเมินครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเอง	(๑) มีระบบ/ทีม/กลไกการ ประเมินศักยภาพของ ครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ตนเอง (๒) มีการประเมินศักยภาพของ ครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมิน ศักยภาพครอบครัวของ อสค. ทุกคน (รายละเอียดปรากฏ	มีครอบครัวที่มีศักยภาพใน การดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ ในระบบของกระทรวง สาธารณสุข

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ในเอกสารที่เกี่ยวข้องเรื่อง รายละเอียดตัวชี้วัด และ เรื่อง การประเมินศักยภาพของ ครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ตนเอง) - สุ่มประเมินตามลำดับชั้น ตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลขึ้นไป (ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ ดำเนินการสุ่มประเมิน เพื่อ ประโยชน์ในการพัฒนางาน โดยขนาดของการสุ่มตัวอย่าง หรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๓๐ ของ อสค.ที่ได้รับการ พัฒนา) (๓) มีการนำข้อมูลการ ประเมินศักยภาพครอบครัว ในการดูแลสุขภาพเข้าสู่ระบบ (๔) มีการประเมินผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวจากการ มี อสค. และการเสริมสร้าง ศักยภาพการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเองระดับครอบครัว ในภาพรวมของจังหวัด เขต	

๔. ชื่อผู้รับผิดชอบ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็น/ ส่วนที่รับผิดชอบ
นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร	ผู้อำนวยการกอง สนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน	๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๕	วิชาการ
นางวิรุณศิริ อารยวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๕	วิชาการ
นายณภดล ครุฑน้อย	กองแผนงาน	๐๘ ๖๓๙๓ ๒๕๕๓/ dol.kr@gmail.com	บริหารจัดการและ การรายงานผลงาน

๕. คู่มือระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑. รายละเอียดตัวชี้วัดร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ส่งผลต่อตัวชี้วัด 20 ปี																			
หมวด	People Excellence																		
แผนที่	11 การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ																		
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ																		
ลักษณะ	Lagging Indicator																		
ระดับการวัดผล	ประเทศ																		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	78. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตรวจราชการ 60)																		
คำนิยาม	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย 1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน 2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ (4) บำรุงรักษาจิตใจ อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้																		
เกณฑ์เป้าหมาย																			
	<table><tr><td></td><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>จำนวน* (คน)</td><td>500,000</td><td>500,000</td><td>1,000,000</td><td>1,000,000</td><td>1,000,000</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	จำนวน* (คน)	500,000	500,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	ร้อยละ	50	55	60	65	70
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64														
จำนวน* (คน)	500,000	500,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000														
ร้อยละ	50	55	60	65	70														
วัตถุประสงค์	1. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน 2. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ 3. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด																		

	4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข - ปี 2560 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4 หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ 2 ธันวาคม 2559 ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2560 ตามสัดส่วนประชากร 60ปีขึ้นไป สิทธิUC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่งของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ 2 ธันวาคม 2559					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การจัดเก็บข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่และพัฒนา อสค. ดำเนินการขึ้นทะเบียน อสค. ที่ผ่านการพัฒนาทุกคน บนฐานข้อมูล โดยเข้าบันทึกข้อมูลได้ 2 ช่องทาง คือ 1) ฐานข้อมูล http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ 2) โปรแกรมบนเว็บไซต์ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net 2. การจัดเก็บข้อมูลประเมินศักยภาพครอบครัว 2.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. โดย อสค.แต่ละคนที่ดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเอง ตามแบบประเมินแล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง(Self Assessment)ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร 2.2 ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต และส่วนกลางสุ่มประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกข้อมูลผลประเมินบนเว็บไซต์					
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด = $\frac{\text{รายการข้อมูล 1} \times 100}{\text{รายการข้อมูล 2}}$					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน :						
ปี 2560 :						
	<table><tr><td></td><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		

จำนวน (คน)	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 60,000	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000	-
ร้อยละ	-	-	-	ครอบครัวที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพ ตนเองได้ตามเกณฑ์ ที่กำหนด 50

วิธีการประเมินผล :

การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด** ประเมินโดย จังหวัด เขต และส่วนกลางด้วยวิธีการ ดังนี้

1. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. โดย อสค.แต่ละคน เมื่อประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร
2. การสุ่มประเมิน ตามลำดับชั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30 ของ อสค.ที่ได้รับการพัฒนา) โดยนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่านฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ <http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/> หรือ www.thaiphc.net

**เกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ บทบาท อสค.: การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ 60:40

ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน

บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการ ดูแลสุขภาพตนเอง ของสมาชิกใน ครอบครัว	ค่าน้ำหนัก
1. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้าน สุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็น แบบอย่างให้ครอบครัว และ เป็นผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัวตนเอง	20	1. คุมอาหารอย่างเป็น รูปธรรม เช่น กินแบบ ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	10
2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนใน ครอบครัวตนเองและช่วยเหลือ	20	2. ดูแลการกินยาให้ตรง เวลา และพาไปพบ	10

	ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง		แพทย์ตามนัด		
	3.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด		10
			4.บำรุงรักษาจิตใจ		10
	รวม	60	รวม		40
	รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อศค.) 2. หลักสูตร อศค. 3. คู่มือ อศค. 4. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว 5. โปรแกรมการขึ้นทะเบียน อศค. และโปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตร,บัตรประจำตัว อศค. 6.แบบรายงานผลการดำเนินงาน อศค. ผ่านระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net หมายเหตุ เอกสารหมายเลข 1 2และ3 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อศค. (คู่มือ อศค.) ตามจำนวนสถานบริการสุขภาพ (หลักสูตรและแนวทางการดำเนินงาน อศค.) นอกจากนี้ทุกพื้นที่สามารถดาวน์โหลดผ่านทางเว็บไซต์ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th/				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	1.จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อศค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	คน	-	-	-
	2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางอัญธิกา ชัชวาลยางกูร ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2.นางวิรุณศิริ อารยวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ				

	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร 0 2193 7000 ต่อ 18715 อีเมล phc.division@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร 0 2193 7000 ต่อ 18724 อีเมล phc.division@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นายนพดล ครุฑน้อย กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โทร 0 2193 7000 ต่อ 18815 โทร 08 6393 2553 โทร 0 2193 7000 ต่อ 18815 อีเมล dol.kr@gmail.com

๒. เป้าหมายการดำเนินงานรายจังหวัดจัดกลุ่มเขต

เป้าหมายการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ รายจังหวัดจัดกลุ่มเขต:

๑. ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๔ จากฐานข้อมูล HDC (<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๙

๒. ครอบคลุมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายจัดสรรประชากรผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ตามสัดส่วนประชากร ๖๐ ปีขึ้นไปสิทธิ UC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓. ครอบคลุมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุข และประชากรจาก ๔๓ แห่งของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๙

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบคลุม)			หมายเหตุ
		CKD	LTC	NCD	
เขตสุขภาพที่ ๑	เชียงราย	๒,๗๔๒			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แห่ง และ ฐานข้อมูล HDC
	เชียงใหม่	๒,๙๐๕			
	น่าน	๑,๒๖๔			
	พะเยา	๒,๐๒๔			
	แพร่	๑,๕๘๐			
	แม่ฮ่องสอน	๔๐๐			
	ลำปาง	๒,๓๒๖			
	ลำพูน	๑,๓๖๐			
รวมเขตสุขภาพที่ ๑		๑๔,๖๐๑	๑๕,๗๗๒		

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)			หมายเหตุ
		CKD	LTC	NCD	
เขตสุขภาพที่ ๒	ตาก	๗๐๐			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	พิษณุโลก	๑,๑๙๔			
	เพชรบูรณ์	๑,๖๐๘			
	สุโขทัย	๑,๓๗๙			
	อุตรดิตถ์	๑,๑๐๐			
รวมเขตสุขภาพที่ ๒		๕,๙๘๑	๙,๔๑๙		
เขตสุขภาพที่ ๓	กำแพงเพชร	๑,๕๑๐			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	ชัยนาท	๘๐๐			
	นครสวรรค์	๑,๗๔๑			
	พิจิตร	๑,๐๔๙			
	อุทัยธานี	๘๐๐			
รวมเขตสุขภาพที่ ๓		๕,๙๐๐	๙,๐๔๗		
เขตสุขภาพที่ ๔	นครนายก	๗๐๐			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	นนทบุรี	๑,๐๑๐			
	ปทุมธานี	๑,๐๘๕			
	พระนครศรีอยุธยา	๑,๑๐๐			
	ลพบุรี	๑,๓๐๐			
	สระบุรี	๑,๓๐๐			
	สิงห์บุรี	๙๕๐			
	อ่างทอง	๘๓๐			
รวมเขตสุขภาพที่ ๔		๘,๒๗๕	๑๑,๕๓๔		
เขตสุขภาพที่ ๕	กาญจนบุรี	๘๙๗			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	นครปฐม	๙๐๐			
	ประจวบคีรีขันธ์	๘๗๕			
	เพชรบุรี	๔๗๖			
	ราชบุรี	๑,๑๙๖			
	สมุทรสงคราม	๕๐๐			
	สมุทรสาคร	๗๐๐			
	สุพรรณบุรี	๑,๗๐๐			
รวมเขตสุขภาพที่ ๕		๗,๒๔๔	๑๒,๗๕๐		

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)			หมายเหตุ
		CKD	LTC	NCD	
เขตสุขภาพที่ ๖	จันทบุรี	๘๖๕			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	ฉะเชิงเทรา	๑,๑๐๐			
	ชลบุรี	๑,๒๐๐			
	ตราด	๖๕๐			
	ปราจีนบุรี	๘๐๐			
	ระยอง	๘๐๐			
	สมุทรปราการ	๘๖๙			
	สระแก้ว	๘๖๐			
รวมเขตสุขภาพที่ ๖		๗,๑๔๔	๑๒,๗๔๖		
เขตสุขภาพที่ ๗	กาฬสินธุ์	๒,๔๐๗			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	ขอนแก่น	๒,๗๘๒			
	มหาสารคาม	๑,๗๗๙			
	ร้อยเอ็ด	๒,๗๑๗			
รวมเขตสุขภาพที่ ๗		๙,๖๘๕	๑๒,๗๐๕		
เขตสุขภาพที่ ๘	นครพนม	๑,๕๗๐			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	บึงกาฬ	๑,๐๒๑			
	เลย	๑,๓๙๐			
	สกลนคร	๒,๘๐๑			
	หนองคาย	๑,๐๓๔			
	หนองบัวลำภู	๑,๐๓๑			
	อุดรธานี	๑,๗๑๙			
รวมเขตสุขภาพที่ ๘		๑๐,๕๖๖	๑๒,๘๒๑		
เขตสุขภาพที่ ๙	ชัยภูมิ	๒,๐๐๐			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	นครราชสีมา	๓,๐๖๙			
	บุรีรัมย์	๒,๙๘๘			
	สุรินทร์	๑,๘๔๓			
รวมเขตสุขภาพที่ ๙		๙,๙๐๐	๑๗,๕๒๗		

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)			หมายเหตุ
		CKD	LTC	NCD	
เขตสุขภาพที่ ๑๐	มุกดาหาร	๙๓๔			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แฟ้ม ฐานข้อมูล HDC
	ยโสธร	๑,๑๖๐			
	ศรีสะเกษ	๒,๗๒๗			
	อำนาจเจริญ	๑,๒๐๐			
	อุบลราชธานี	๓,๔๒๔			
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๐		๙,๔๔๕	๑๑,๐๕๓		
เขตสุขภาพที่ ๑๑	กระบี่	๖๒๔			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แฟ้ม ฐานข้อมูล HDC
	ชุมพร	๖๙๒			
	นครศรีธรรมราช	๑,๔๐๕			
	พังงา	๗๔๐			
	ภูเก็ต	๖๔๐			
	ระนอง	๖๐๐			
	สุราษฎร์ธานี	๑,๐๒๙			
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๑		๕,๗๓๐	๙,๖๑๐		
เขตสุขภาพที่ ๑๒	ตรัง	๘๕๐			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก ๔๓ แฟ้ม ฐานข้อมูล HDC
	พัทลุง	๙๐๐			
	สตูล	๖๑๖			
	สงขลา	๑,๒๔๗			
	นราธิวาส	๖๓๐			
	ปัตตานี	๗๘๖			
	ยะลา	๕๐๐			
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๒		๕,๕๒๙	๑๐,๐๑๗		
รวม	๗๖ จังหวัด	๑๐๐,๐๐๐	๑๔๕,๐๐๐	ร้อยละ ๕๐ ของครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด (๒๕๐,๐๐๐ ครอบครัว)	
เขตสุขภาพที่ ๑๓	กรุงเทพมหานคร		๕,๐๐๐		
รวมเขตสุขภาพที่ ๑๓	๕๐ เขต		๕,๐๐๐		
รวมทั้งหมด	๕๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๕๐,๐๐๐	๒๕๐,๐๐๐	

๓. หลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ความนำ

ระบบการสร้างความรู้ในชุมชนของประเทศไทยได้เริ่มต้นเมื่อ ๓๙ ปีที่แล้ว ได้แก่การมี อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นจุดสำคัญในการเริ่มต้นให้คนมีความรู้เรื่องสุขภาพ โดยในระยะแรกจะมีอาสาสมัครสาธารณสุข ๒ ประเภท คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเน้นหนักการรักษายาบาลเบื้องต้น กับการสื่อสารข้อมูล โดยผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ต่อมาในปี ๒๕๓๕ ได้มีการรวมอาสาสมัคร ทั้ง ๒ ประเภทเข้าด้วยกัน เป็น อสม. ประเภทเดียว จุดเริ่มต้นของ อสม. จากความคิดที่ว่า ๑๐ ครอบครัวต้องมีคนที่รู้เรื่องสุขภาพ และเป็นศูนย์รวมในการรักษาหรือเรื่องสุขภาพได้ ซึ่งได้มีการขยายตัวของงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวจักรขับเคลื่อนสำคัญ จนปัจจุบันมี อสม. ๑.๐๔ ล้านคน ที่เป็นคนเอกซเรย์ให้คำแนะนำด้านสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐาน ประชาชน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ได้ทำงานแทนหรือทำงานให้เจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ก็ไม่ได้ทำงานให้หรือทำงานแทนสิ่งที่ประชาชนจะทำได้ด้วยตนเอง ทั้งสองฝ่ายต่างมีบทบาทหน้าที่เท่าเทียมกันในการทำประโยชน์ให้กับสังคม โดยมีเป้าหมายให้ประชากรไทยสามารถยืนขึ้นได้เองในการพัฒนาสุขภาพ

จากเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยที่มุ่งหวังให้ประชาชนไทยทั้งระดับบุคคลและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วยการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน อันจะส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพกาย ใจ สติปัญญา สุขภาพสิ่งแวดล้อมดี มีคุณธรรม สามารถแข่งขันได้ในเวทีนานาชาติ หรือ คนไทยเก่ง ดี มีความสุข และโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ความเสี่ยงและภัยสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยลดลง จำเป็นต้องมีการขยายเครือข่ายและต่อยอดจาก อสม. ด้วยการสร้างเครือข่าย (network) เข้าสู่ครัวเรือน ให้มีคนรู้วิธีในการดูแลสุขภาพมากถึง ๔ ล้านคนทั่วประเทศ ในปัจจุบันการสร้างเครือข่าย (network) เป็นเรื่องสำคัญ สำคัญกว่าข่าวสาร (Information) ซึ่งถ้ากระทรวงสาธารณสุขสามารถพัฒนาระบบเครือข่ายดังกล่าวนี้ขึ้นมา กระทรวงสาธารณสุขเชื่อมั่นว่าในเขตชนบทสามารถดูแลจัดการได้ แต่หากเป็นเขตเมืองอาจจะใช้เทคโนโลยี เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก แต่ต้องพิจารณาให้รอบด้านมากขึ้นว่าจะใช้อย่างไร เพราะเรื่องความลับด้านสุขภาพยังมีอยู่ เพราะคนอื่นจะรู้ว่าเราเป็นโรคอะไร แต่ทิศทางในอนาคตของการสร้างให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเชื่อว่าต้องไปทางเทคโนโลยีมากขึ้น เช่น ในเขตเมืองเคยมีตัวอย่างสามเ็นอัมพาทกัให้ภรรยาช่วยดูแลผ่านทางเฟซบุ๊กได้

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.โสภณ เมฆธน) มีนโยบายเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมามากขึ้น จากเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขอาจจะเน้นในเชิงรักษาอย่างเดียว โดยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้คนไทยได้เรียนรู้ที่จะป้องกันดูแลตัวเอง ในเบื้องต้น และส่งต่อไปยังชุมชนรอบข้าง ด้วยการมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อเพิ่มการรู้เท่าทันในด้านสุขภาพมากขึ้น ทั้งการป้องกันโรคใน ๕ กลุ่มวัย โดยเฉพาะในบ้านที่มีผู้สูงอายุ บ้านที่มีคนป่วยไตวายเรื้อรัง บ้านที่มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส ให้นำบุตรหลาน ญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล มาเข้ารับการอบรมว่าควรจะดูแลอย่างไร จะล้างไตทางช่องท้องอย่างไร คนวัยทำงานทำอะไรจะป้องกันโรคติดต่อเรื้อรังได้ หรือผู้สูงอายุจะอย่างไรให้มีสุขภาพแข็งแรง ดูแลตัวเองได้ โดยมีชุมชนเป็นตัวสนับสนุน อันเป็นการต่อยอดการดูแลสุขภาพจาก อสม.เข้าไปในครัวเรือน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยกำหนดเป้าหมายว่าครอบครัวหนึ่ง จำเป็นต้องมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อย่างน้อย ๑ คน ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวได้รับการถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ ทำให้เกิดทักษะทั้งในระดับบุคคลและครอบครัวในการวิเคราะห์ สามารถจัดการความเสี่ยง ภัยสุขภาพ และดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส และ ๕ กลุ่มวัย ตามแต่สมาชิกที่มีในครอบครัวตนเอง เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับครอบครัว ที่จะเชื่อมต่อและช่วยเสริมการดำเนินงานของ อสม. ได้เป็นอย่างดี มี

ความยืดหยุ่นมากกว่า อสม. ที่มีระเบียบกฎเกณฑ์ บทบาทหน้าที่ และสวัสดิการไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ในการคัดเลือกอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) จังหวัดอาจจะพิจารณาถึงความเหมาะสมในรูปแบบต่างๆได้ ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) จะอย่างเร่งรัดและเข้มงวดกับประชาชน และให้โอกาสประชาชนตัดสินใจว่าจะร่วมงาน มีส่วนร่วมหรือไม่ หากประชาชนไม่พร้อมก็ควรเปลี่ยนจุดไปยังจุดอื่น โดยคำนึงถึงต้นทุนเดิมที่มีและทำอยู่ของพื้นที่ ไม่ต้องห่วงเป้าหมายที่ได้รับจนเกินไป ค่อยๆทำอย่างจริงจัง มีความชัดเจนในแนวคิด จะทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ ความสำเร็จก็ไม่ยากที่จะบรรลุได้

หลักการ

๑. เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) ที่มีความรู้พื้นฐาน ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยยกระดับจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยโรคไต กลุ่มผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว ผู้ซึ่งได้รับการถ่ายทอดความรู้ คำแนะนำ และทักษะจากการสาธิต ทดลองปฏิบัติ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สหสาขาและหรือ อสม. จิตอาสา ในการนำผู้ป่วยไปรับบริการสุขภาพ ณ สถานบริการสุขภาพ และหรือเข้าร่วมกิจกรรมของสถานบริการสุขภาพ กลุ่ม ชมรมที่เป็นสมาชิกอยู่

๒. เป็นหลักสูตรที่เน้นการดำเนินการนำความรู้ที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข ประจำสถานบริการสุขภาพทุกระดับและความรู้จาก อสม. จิตอาสา ไปใช้ในการปฏิบัติจริงในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และเป็นหลักสูตรที่ให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยโรคไต กลุ่มผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับความรู้สึก นึกคิด และสภาพจิตใจของผู้ดูแล เพื่อแบ่งปันความรู้สึกแก่กัน

๓. เป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้ฝึกอบรมบนฐานทุนเดิม ด้วยการเรียนแบบผ่อนส่ง ด้วยวิธีการที่ทำและมียอยู่แล้ว เพียงจัดระบบของผู้ที่ผ่านการเรียนรู้ด้วยวิธีการต่างๆที่ดำเนินการอยู่ มาสร้างความเข้าใจเพิ่มเติมแล้วยกระดับพร้อมขึ้นทะเบียน รวมถึงเป็นหลักสูตรที่สามารถจัดการเรียนรู้ได้ตามศักยภาพและโอกาสของผู้เรียน

จุดมุ่งหมาย

๑. มีความรู้ เจตคติ ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองแก่สมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพให้กับครอบครัวที่เหมาะสมกับโรค ภัยสุขภาพ และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้

๓. มีทักษะในปฏิบัติงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) ได้อย่างมีคุณภาพ และเชื่อมโยง ส่งต่อเป็นเครือข่ายสานต่อการดูแลสุขภาพกับ อสม. อย่างเป็นร่างแหเดียวกัน ไม่ซ้ำซ้อนกัน

๔. มีความสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่า สร้างสรรค์ ความเจริญต่อชุมชน ท้องถิ่นและประเทศไทย ตลอดจนชุมชนมีความมั่นคงในการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

๕. มีบุคลิกภาพ เจตคติ มนุษยสัมพันธ์ มีคุณธรรม จริยธรรม และวินัยในตนเอง มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ เหมาะสมกับงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.)

สมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ตามหลักสูตร

๑. ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว
๒. ถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว
๓. ช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพ ของประชาชนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
๔. วิเคราะห์และจัดการความเสี่ยง ภัยสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งนำสมาชิกไปรับบริการสุขภาพเมื่อพบปัญหาเกินกว่าที่ครอบครัวและ อสม. จะดูแลได้
๕. บันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพของ อสค. ลงในสมุดบันทึกประจำครอบครัว
๖. ประสานงาน เชื่อมโยง เป็นเครือข่ายร่างแห ส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพ รับความรู้เพิ่มเติมและรับคำปรึกษาจากอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กลุ่มเป้าหมาย

- สมาชิกในครอบครัวทุกครอบครัว ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้
๑. ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส
 ๒. ผู้สูงอายุทั่วไปที่ช่วยเหลือตัวเองได้และหรือติดสังคม
 ๓. บุคคลที่ครอบครัวไว้วางใจ และเลือกให้เป็น อสค.
 ๔. สมาชิกวัยทำงานของครอบครัวหรือตามบริบท
 ๕. แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว
 ๖. หัวหน้าครอบครัว แม่บ้าน ลูก หลานหรือญาติพี่น้องที่อาศัยในครอบครัว
 ๗. เพื่อนบ้านใกล้ชิดและหรือเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน (กรณีอยู่บุคคลเดียวในครอบครัวและมีภาวะพึ่งพิง)

โครงสร้างหลักสูตร

เพื่อให้การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เป็นไปตามปรัชญา หลักการ จุดหมาย และมาตรฐานการเรียนรู้ ที่กำหนด จึงได้กำหนดโครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ไว้ดังนี้

๑. สารการเรียนรู้

เนื้อหาวิชาที่ต้องเรียนรู้ ประกอบด้วย ๑๑ วิชา จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๘ ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น ๒ ช่วง คือ

๑) ช่วงที่ ๑ ใช้เวลาเรียนรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานบริการสุขภาพที่นำญาติหรือกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภท ไปรับการรักษา และหรือทีมสหสาขามาเยี่ยมบ้าน หรือ รพ.สต. ผู้รับผิดชอบพื้นที่จำนวน ๑๒ ชั่วโมง ประกอบด้วย ๕ วิชา ได้แก่

๑. แนวคิด ความจำเป็นในการดูแลสุขภาพในการชะลอไตเสื่อม (กรณีมีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายอื่นนอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ให้มีการเรียนรู้การดูแลสุขภาพตามช่วงชีวิตและกลุ่มโรคที่เจ็บป่วยของกลุ่มเป้าหมายสมาชิกในครอบครัวที่ต้องไปดูแล)

๒. โรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษา บำบัดและการฟื้นฟูสภาพ

๓. วิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ต้องดูแล ทั้งการดูแลสุขภาพครอบครัวในภาวะปกติและการดูแลสุขภาพครอบครัวในภาวะฉุกเฉิน

๓.๑ การดูแลสุขภาพกาย การออกกำลังกาย และการบริหารร่างกาย รวมทั้ง
สมองและความจำ

๓.๒ การดูแลสุขภาพจิต การทำสมาธิ จิตอาสา การอยู่อย่างมีความสุข
การรวมกลุ่มทำกิจกรรม กิจกรรมคลายเครียด กิจกรรมนันทนาการ

๓.๓ หลักการเลือกอาหาร อาหารสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรคและอาหาร
ปลอดภัยสำหรับคนในครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคและภัย

๓.๔ การรับประทานยา เก็บยา การเติมน้ำ และการฉีดอินซูลิน

๓.๕ ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพ

๔. การประเมินความเสี่ยง ภัยสุขภาพ ความก้าวหน้าของโรคและการจัดการ รวมถึง
การบันทึกข้อมูล

๕. วิชาเลือก เช่น คอมพิวเตอร์ เล่นเปียโนตลอดจนวาริบำบัด ซึ่งเป็นการ
ออกกำลังกายในน้ำ เพื่อรักษาโรคข้อต่างๆ

๒) ช่วงที่ ๒ เรียนรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ
สถานบริการสุขภาพ ผู้รับผิดชอบพื้นที่ จำนวน ๖ ชั่วโมง ประกอบด้วย ๖ วิชา ได้แก่

๑. นโยบายและแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๑) นโยบาย อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๒) นิยามความหมายอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และแนวทางการ
พัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๓) การขึ้นทะเบียนและแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๒. บทบาท อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และการเชื่อมโยงเครือข่าย อสม.

(๑) บทบาท อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(๒) การเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายร่างแหของ อสม. การส่งต่อข้อมูล รับความรู้
และคำปรึกษา จาก อสม.

๓. การเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา

๔. คุณธรรม จริยธรรม ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๕. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสาร

๖. สิทธิ หน้าที่และหลักประกันสุขภาพของประชาชน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
การดำรงชีวิต และการพัฒนาคุณภาพชีวิต

รวมทั้งเรียนรู้ด้วยตนเองจากการ (๑) ปฏิบัติจริงด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองและ
สมาชิกในครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม (๒) การปฏิบัติงาน อสค. (๓) รับความรู้เพิ่มเติมจาก อสม. (๔) การพบปะ
ประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มอสค. ด้วยกันเอง (๕) การศึกษาทบทวนจากคู่มืออาสาสมัคร
ประจำครอบครัว (อสค.) เทคโนโลยี เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก และการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้อื่น จำนวน
ไม่น้อยกว่า ๑๘ ชั่วโมง

หมายเหตุ การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสค. กรณีการเรียนรู้จากที่พาผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาล
ตามแพทย์นัด และการส่งต่อผู้ป่วย และหรือเรียนรู้ร่วมกับทีมสหสาขาหรือเครือข่ายที่ไปเยี่ยมบ้าน หรือทีมหมอ
ประจำครอบครัว หรือ อสม. จิตอาสาที่มาเยี่ยมบ้าน (๑๒ ชั่วโมง ช่วงที่ ๑ นับการจบและครบเนื้อหาครั้งนี้)

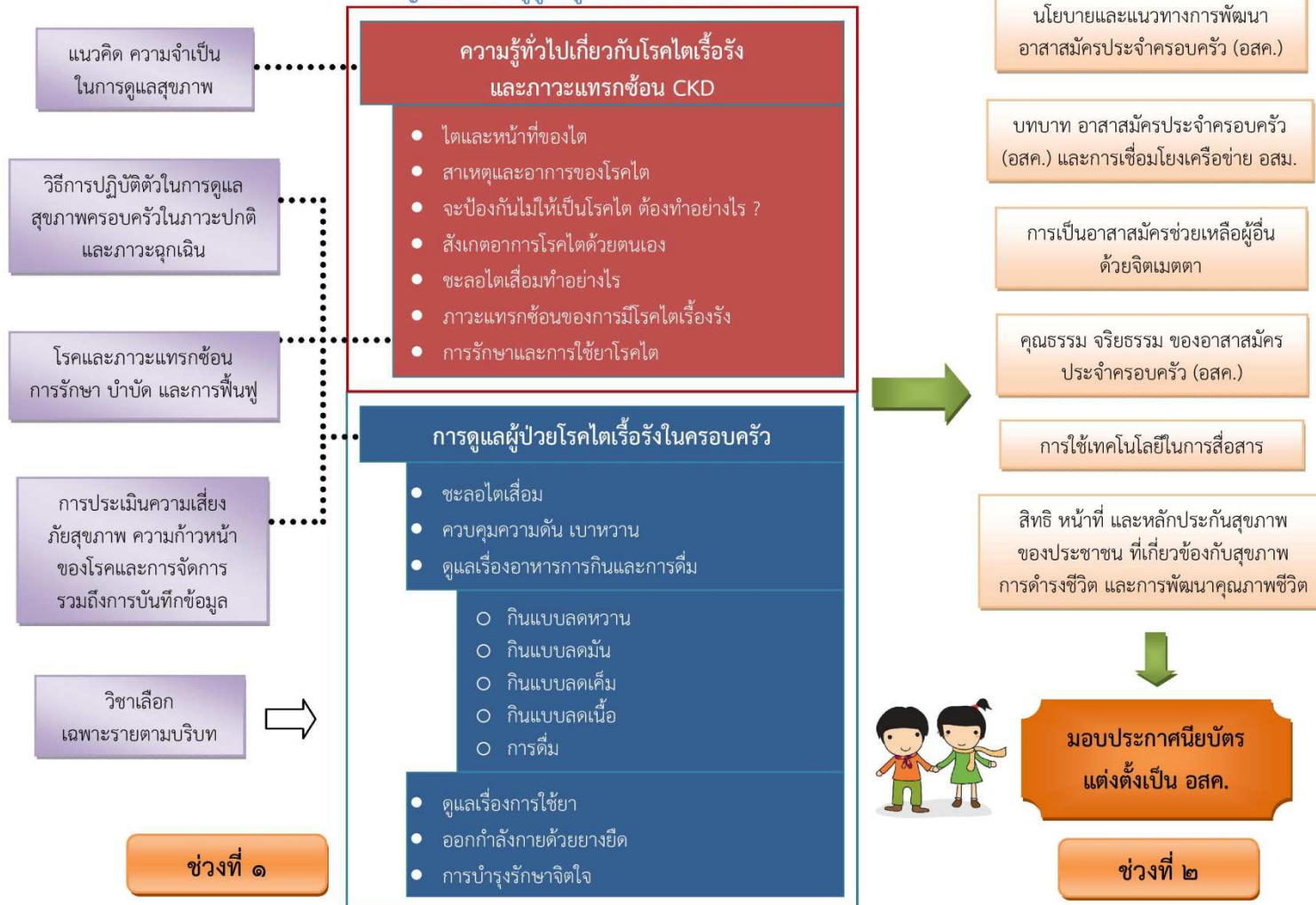
๑. กรณีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) เรียนจำนวน ๖ ครั้ง นับว่าจบหลักสูตรในช่วงที่ ๑ โดยผู้เรียนจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันทั้ง ๖ ครั้งและเนื้อหาครบตามจำนวนวิชาที่กำหนดในหลักสูตร

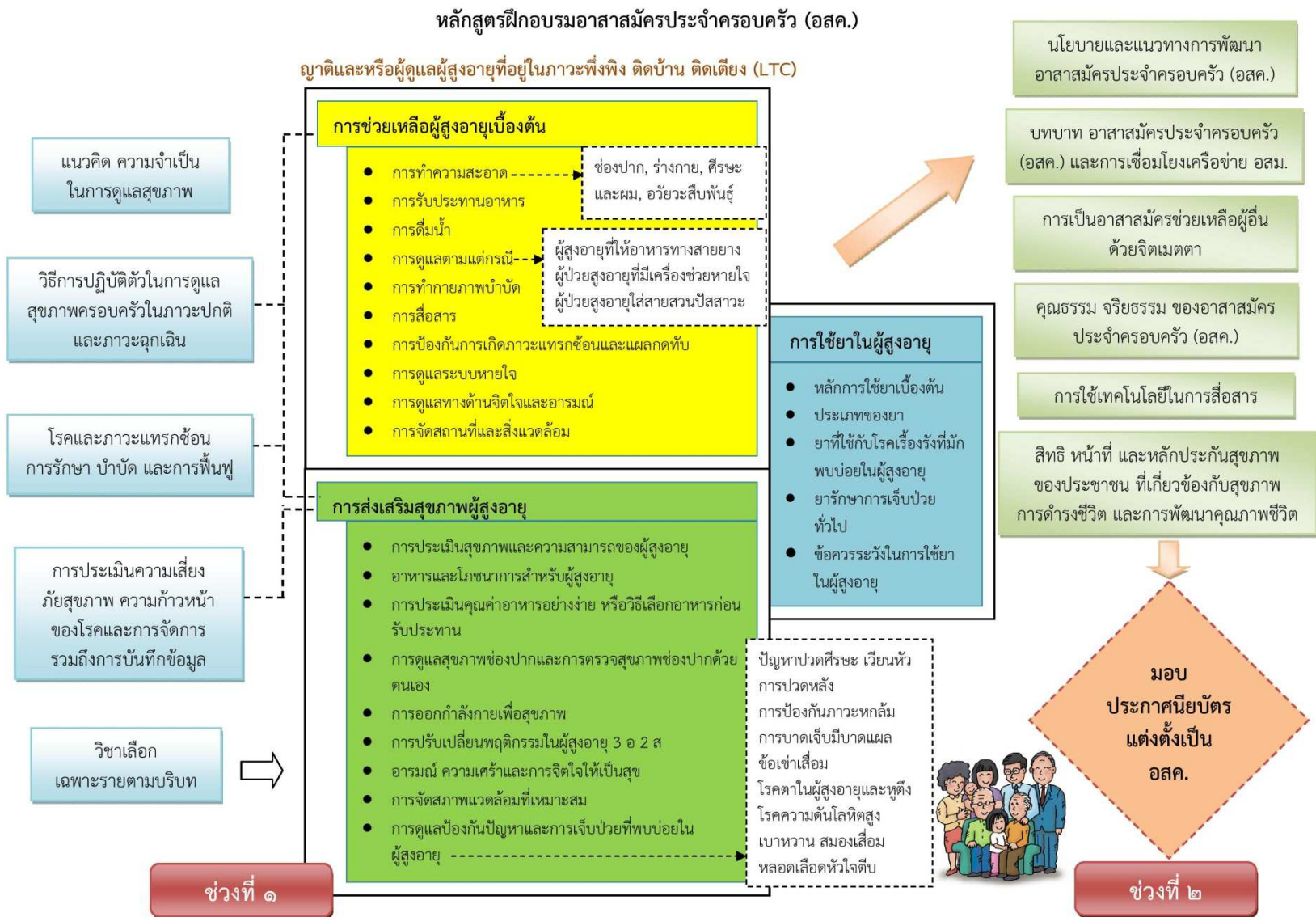
๒. กรณีญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) เรียนจำนวน ๓ ครั้ง นับว่าจบหลักสูตรในช่วงที่ ๑ โดยผู้เรียนจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันทั้ง ๓ ครั้งและเนื้อหาครบตามจำนวนวิชาที่กำหนดในหลักสูตร

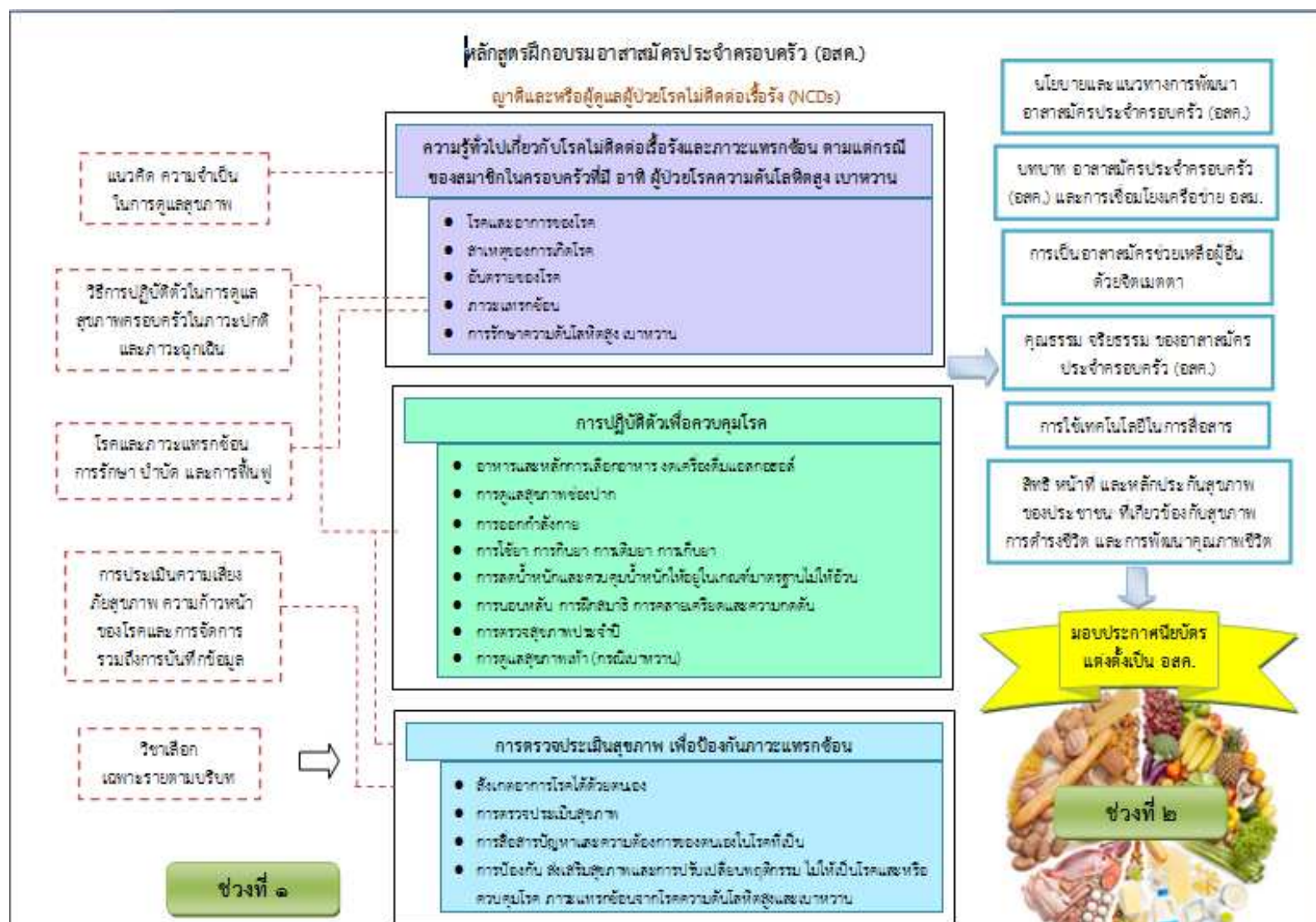
๓. กรณีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เรียนจำนวน ๓ ครั้ง นับว่าจบหลักสูตรในช่วงที่ ๑ โดยผู้เรียนจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันทั้ง ๓ ครั้งและเนื้อหาครบตามจำนวนวิชาที่กำหนดในหลักสูตร

หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD)







ช่วงที่ ๑

๔. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ระยะเตรียมการ

๑. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับสร้างความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดแนวทางการดำเนินงาน หลักสูตร คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว รวมถึงข้อมูล บริบทของพื้นที่
๒. วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ เพื่อกำหนดเป้าหมายและวิธีการดำเนินงาน
๓. กำหนดกลไกการขับเคลื่อนงานและจัดทำแผนงานโดยการบูรณาการการทำงานร่วมกัน
๔. จัดทำระบบติดตาม กำกับ ประเมินผล และระบบบริหารข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ
๕. จัดเตรียมทรัพยากรและบุคลากรพร้อมเริ่มดำเนินการ

ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มี ๔ ขั้นตอน (Step) คือ

ขั้นตอนที่ ๑ **คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค.** โดย คัดเลือกจากญาติของผู้ป่วย ๓ กลุ่มเป้าหมาย คือ โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิต

ผู้ทำการคัดเลือก คือ (๑) ทีมหมอครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วย คัดเลือกจากญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ (๒) อสม. ซึ่งรับผิดชอบดูแลพื้นที่ช่วยคัดเลือก ชักชวนจากครอบครัวในละแวกรับผิดชอบ โดย อสม. ๑ คน สร้างเครือข่ายระดับครัวเรือนด้วยการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค. ๔ คน

ขั้นตอนที่ ๒ **เรียนรู้ฝึกปฏิบัติ** โดยนำผู้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่กระบวนการฝึกปฏิบัติ ที่โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. หรือที่บ้านผู้รับการดูแล โดยทีมหมอครอบครัว ขณะไปเยี่ยมบ้าน และหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขณะที่ญาติพาผู้ป่วยมารับการรักษา ไม่ใช้การเปิดอบรม เน้นการเรียนรู้ขณะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข เช่น

ในกลุ่ม อสค. เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ได้รับความรู้ ๖ ครั้ง ตามแนวทางของ CKD Clinic ขณะพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลแล้วเรียนรู้พร้อมผู้ป่วยในประเด็น ๑. เรื่องไต ๒. การคุมเบาหวาน/ความดันโลหิต ๓. การคุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม ๔. การออกกำลังกาย ๕. การใช้ยาและการไปพบแพทย์ตามนัด ๖. เรื่องสุขภาพจิต การดูแลบำรุงจิตใจ

กลุ่ม อสค. เพื่อดูแลผู้สูงอายุ (LTC) ฝึกปฏิบัติ เรียนรู้ จำนวน ๓ ครั้ง ใน ๓ เรื่องหลัก คือ ๑. การบริหารจัดการเบื้องต้น ๒. การส่งเสริมสุขภาพ ๓. การใช้ยา อาจเรียนรู้ที่โรงพยาบาลหรือทีมหมอครอบครัวที่ลงเยี่ยมบ้าน

กลุ่ม อสค. เพื่อดูแลญาติหรือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เรียนรู้ฝึกปฏิบัติ ๓ ครั้ง ใน ๓ เรื่องหลัก คือ ๑. ความรู้เรื่องโรคที่เป็น ๒. การควบคุมโรคด้วย ๓ อ ๒ ส การใช้ยา และ ๓. ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน เรียนรู้ขณะพาญาติมาหาหมอตามนัด

ขั้นตอนที่ ๓ **ปฐมนิเทศ สร้างเครือข่ายและขึ้นทะเบียน เพื่อรู้จำนวน อสค.** หลังจากที่ได้เรียนรู้ครบตามขั้นตอนที่ ๒ แล้ว โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มอบประกาศนียบัตรพร้อมบัตรประจำตัว อสค. และ

ขึ้นทะเบียน อสค. โดยในมอบประกาศนียบัตร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาท จริยธรรม อสค. ไม่มีค่าตอบแทน พร้อมทั้งให้พบปะรู้จัก อสม. และทีมหมออนามัย ตลอดจนประสานเป็นเครือข่ายซึ่งกันและกัน ตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อสื่อสาร ปรึกษาปัญหาต่างๆ ทั้งนี้ผู้ได้รับความรู้และจะเป็น อสค. ต้องเป็นบุคคลเดียวกันตลอดหลักสูตร

ขั้นตอนที่ ๔

เรียนรู้ต่อเนื่อง สนับสนุนและจัดให้มีการศึกษาต่อเนื่องของ อสค. จากทาง Socail Media หรือผ่านApplication หรือชุมชนออนไลน์ (CoP) หรือ รร.อสม.รร.ผู้สูงอายุ และเรียนรู้จาก อสม. เครือข่าย

ระยะหลังดำเนินการ ประเมินผลที่เกิดขึ้นในภาพรวมและปรับปรุงการดำเนินงาน พร้อมคืนข้อมูลให้ชุมชน

หมายเหตุ การพัฒนาศักยภาพ อสค. ในที่นี้ หมายถึง การเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติจริง ด้วย

(๑) กระบวนการ วิธีการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์พยาบาล ทีมสหสาขา ของคลินิกโรคต่างๆในสถานพยาบาล เช่น โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันหรือการสอน หรือการจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกับญาติที่ป่วยเมื่อมารับบริการของสถานพยาบาลต่างๆในการถ่ายทอดความรู้ ฟังเรื่องราวประสบการณ์จากของจริง ทั้งการบรรยาย อธิบาย ฝึกปฏิบัติ สาธิต พาทำ จับมือสอนทำ ตัวอย่างของจริง เพื่อให้ผู้ที่จะเป็น อสค. มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้จริง (การเรียนรู้ของอสค. เน้นการปฏิบัติจริง)

(๒) การจัดทีมหมอครอบครัว ทีมสหสาขา เครือข่ายเยี่ยมบ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ไปสอนที่บ้านกับของจริง

(๓) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาจากของจริงในครอบครัว ในชุมชน

บทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการสนับสนุน

๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ชี้แจงสร้างความเข้าใจ

(๑) คณะผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและกำหนดเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(๒) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต สร้างความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่พื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อม ศึกษาแนวทางวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่

๒. พื้นที่เตรียมความพร้อมและขับเคลื่อนการดำเนินงาน อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่ (เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. รพ.สต.)

(๑) สำนักงานเขตสุขภาพร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ทุกระดับทุกแห่งเตรียมความพร้อมดำเนินงาน อสค.

(๒) ประสานสถานบริการสุขภาพผู้ดำเนินการจัดการเรียนรู้แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคไตเรื้อรัง (CKD) กลุ่มผู้สูงอายุ (LTC) ตัดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจแก่ครอบครัวเป้าหมายในการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็นอสค. ของแต่ละครอบครัว

๓. คัดเลือก อสค. ของแต่ละครอบครัวในแต่ละพื้นที่ โดย

(๑) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับร่วมกับครอบครัว เป้าหมายเน้นหนัก ๓ กลุ่มหลัก (CKD,LTC ติดบ้านติดเตียง,NCDs) คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค. จากทุกครอบครัวที่มีการบำบัดรักษาหรือรับการเยี่ยมบ้านเป็นการประจำ ครบตามเกณฑ์หรือที่สามารถ ปฏิบัติการดูแลคนในครอบครัวได้จริงตามที่ได้รับถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ (รายเก่าหรือรายใหม่ก็ได้) ที่เจ้าหน้าที่ประเมินแล้วจากการติดตามการมาตรวจ ตามนัดหรือการเยี่ยมบ้าน) ครอบครัวละ ๑ คน เพื่อเข้ารับการอบรม

(๒) เจ้าตัวสมัครใจ ครอบครัวยอมรับและเห็นด้วยในการมาเป็นผู้ดูแลสมาชิก ในครอบครัว

๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหรือสถานบริการสุขภาพ หรือตามดุลพินิจของแต่ละพื้นที่ ดำเนินการจัดการเรียนรู้และฝึกอบรม อสค. ตามหลักสูตรที่กำหนด พร้อมมอบประกาศนียบัตร อสค. และบัตร ประจำตัว อสค. พร้อมทั้งแต่งตั้งเป็น อสค.

๕. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานบริการสุขภาพทุกแห่งดำเนินการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบที่กำหนด

๖. ส่งเสริมบทบาท อสค.และเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว

๗. ติดตาม กำกับ และประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ในภาพรวมและแต่ละ พื้นที่ โดยสำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามระดับความรับผิดชอบ และนำ ข้อมูลเข้าระบบรายงานผล

๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

๒. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๑. จัดทำแนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๒. จัดทำโปรแกรมประกาศนียบัตร อสค. บัตรประจำตัว อสค. การขึ้นทะเบียน อสค. และ โปรแกรมฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค.

๓. จัดทำหลักสูตร คู่มือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๔. จัดทำแบบประเมินศักยภาพครอบครัว

๕. สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับ ครอบครัว

๖. สนับสนุนด้านวิชาการและให้คำปรึกษาการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๗. กำหนด พัฒนาและกำกับมาตรฐาน อสค. และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเอง ของครอบครัว

๘. พัฒนารูปแบบ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว ระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด

๓. กรมวิชาการต่างๆ

ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ทรัพยากรการดำเนินงาน อสค. แบบบูรณาการผ่านการทำงาน ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงาน และกำกับติดตามมาตรฐานอสค.

๔. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

รับผิดชอบด้านบริหารจัดการการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยการใช้ นโยบายการบูรณาการกับทุกภาคส่วน เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่บรรลุผล

๕. องค์ประกอบส่วนท้องถิ่น

รับผิดชอบด้านบริหารจัดการการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยใช้นโยบายการบูรณาการกับทุกภาคส่วน เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่บรรลุผล



๕. แบบประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (อยู่ระหว่างปรับปรุงร่วมของผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันไถ่ภูมิราชนคริน โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

๖. เว็บไซต์ในการขึ้นทะเบียน อสค. และการนำข้อมูลประเมินผลศักยภาพครอบครัวเข้าสู่ระบบ

<http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/> และ www.thaiphc.net

๗. โปรแกรมพิมพ์ประกาศนียบัตรอสค. และโปรแกรมพิมพ์บัตรประจำตัว อสค. ผ่าน www.thaiphc.net

แนวทางการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560

คณะ3 การบริหารทรัพยากรมนุษย์

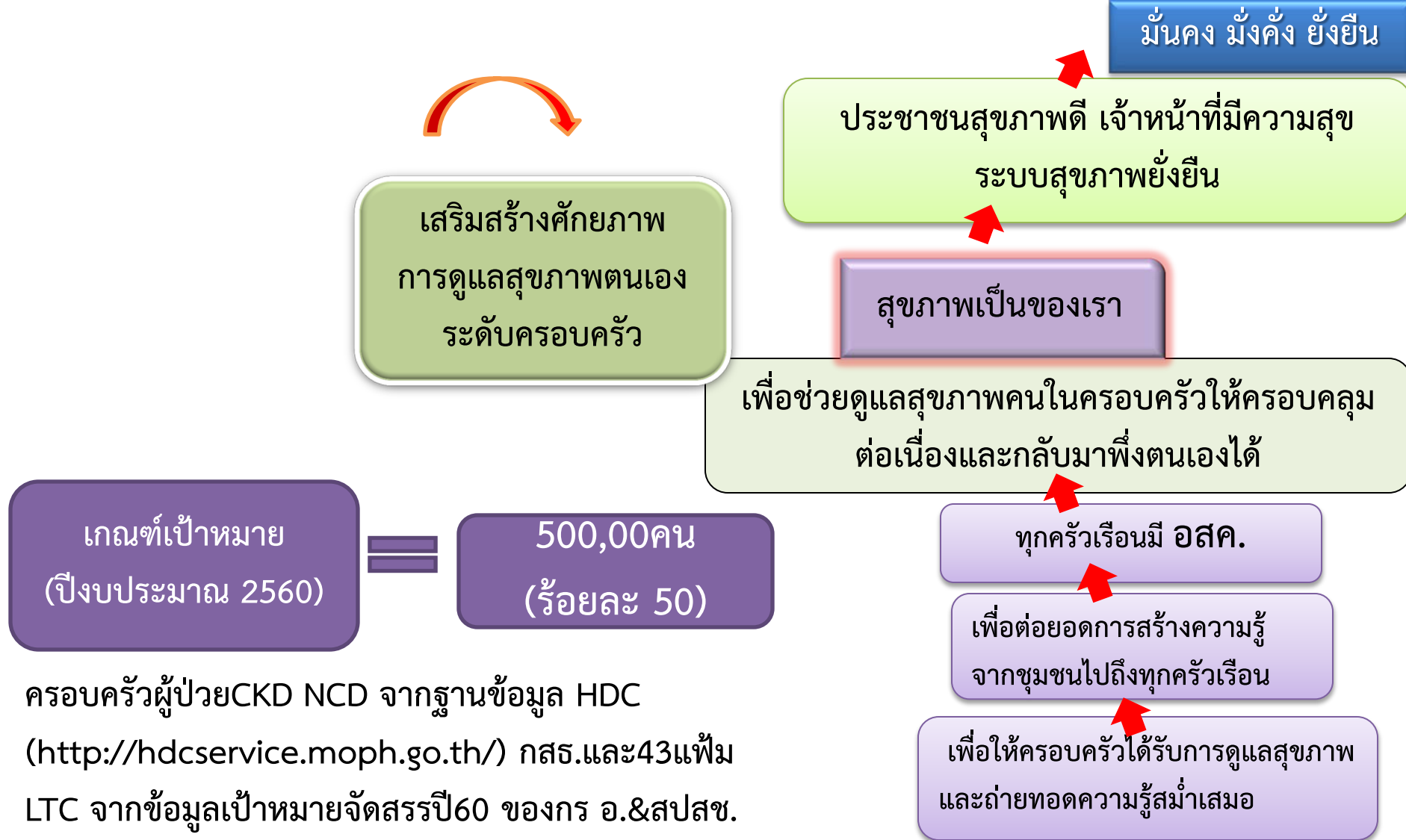
ตัวชี้วัดที่ 3 : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพ
ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด



กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

30 พฤศจิกายน 2559



ครอบครัวผู้ป่วยCKD NCD จากฐานข้อมูล HDC
(<http://hdcservice.moph.go.th/>) กสธ.และ43แฟ้ม
LTC จากข้อมูลเป้าหมายจัดสรรปี60 ของกร อ.&สปสช.

ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี
อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

รอบที่ 1

การพัฒนาศักยภาพ อสค.
เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพ
ของครอบครัว

กลไกการหนุนเสริม

กระบวนการพัฒนา

บริหารจัดการข้อมูล

รอบที่ 2

การประเมินศักยภาพ
ของครอบครัวในการดูแล
สุขภาพด้วยตนเอง

กระบวนการประเมิน

ผลและการใช้ประโยชน์

การพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร
การเรียนรู้และการดูแลสุขภาพ ของครอบครัว

การสื่อสาร

การเรียนรู้

วิธีการประเมินและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

วิธีการประเมิน

1. การประเมินตนเอง(Self Assessment) ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค.ทุกคน
2. การสุ่มประเมินตามลำดับชั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 %

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- 1.การเก็บข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
2. การเก็บข้อมูลการประเมินผลศักยภาพครอบครัว
3. นำข้อมูลเข้าระบบที่ฐานข้อมูล
 - 1) <http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/> หรือ
 - 2) เว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net

เกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพ

เกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ

บทบาท อสค. : การประพฤติปฏิบัติตนในการ
ดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว

คือ 60:40

เกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพ

บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก
1.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	20	1.คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	10
2.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด	10
3.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	10
		4.บำรุงรักษาจิตใจ	10
รวม	60	รวม	40

รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมายการประเมินผลรายไตรมาส

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จำนวน (คน)	คัดเลือกและ พัฒนาอสค. เป้าหมาย 60,000	คัดเลือกและ พัฒนาอสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 200,000	คัดเลือกและ พัฒนาอสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 240,000	-
ร้อยละ	-	-	-	ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด 50

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้
ตามเกณฑ์ที่กำหนด

$$= \frac{\text{จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้
ตามเกณฑ์ที่กำหนด}}{\text{จำนวนครอบครัวเป้าหมาย}} \times 100$$

หมายเหตุ ร้อยละ 50 ของครอบครัวที่มีศักยภาพหมายถึง กึ่งหนึ่ง (50%) ของครอบครัวเป้าหมายอสค. มิได้หมายถึงครึ่งหนึ่งของครอบครัวทั้งหมดของจังหวัด

ระบบสนับสนุนและสิ่งสนับสนุน

จัดส่งตรงถึงจังหวัด	สนับสนุนโปรแกรม	หมายเหตุ
คู่มือ อสค.	การขึ้นทะเบียน อสค.	ตามจำนวนเป้าหมาย อสค.ทุกคน
หลักสูตร อสค.	การพิมพ์ประกาศนียบัตร	ตามจำนวนหน่วยงานและสถาน บริการสุขภาพ
แนวทางการดำเนินงานอสค.	การพิมพ์บัตรประจำตัว	
แบบประเมินศักยภาพครอบครัว	การประเมินศักยภาพครอบครัว	ตามจำนวนเป้าหมาย อสค.ทุกคน
งบประมาณ		ตามจำนวนเป้าหมาย อสค.





ขอบคุณค่ะ