

แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562



**สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
กองตรวจราชการ**

คำนำ

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๘ การตรวจราชการตามระเบียบนี้ ให้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการประจำปี หรือตามที่ได้รับคำสั่งจากผู้บังคับบัญชา ให้จัดทำแผนการตรวจราชการประจำปี รวมทั้งกำหนดมาตรฐานและเครื่องมือในการตรวจราชการ กำกับ ติดตาม และประเมินผลให้เป็นไปในแนวทิศทางเดียวกัน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้

เพื่อการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและบรรลุประสิทธิผลตามที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการกำหนดไว้ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกองตรวจราชการ จึงได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๔ คณะ ดังนี้

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

คณะที่ ๔ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ การตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุขเป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดินร่วมสมัย ตามยุทธศาสตร์และนโยบายรัฐบาล สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปรับระบบการตรวจราชการและนิเทศงาน ให้เกิดความสะดวก คล่องตัว ในการกำกับ ติดตาม และขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวง และแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติราชการของส่วนราชการให้ดำเนินไปตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

ขอขอบคุณ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพ เจ้าหน้าที่กองตรวจราชการ กองแผนงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดของทุกกรม/กอง/สำนัก ตลอดจนคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการ และคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการทุกท่าน ที่ร่วมกันจัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๑

กิตติกรรมประกาศ

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกองตรวจราชการ ขอขอบคุณ

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
 ๒. คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ คณะที่ ๑-๔
 ๓. ผู้ตรวจราชการกระทรวง
 ๔. สาธารณสุขนิเทศก์
 ๕. ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง
 ๖. หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพ
 ๗. ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานระดับกรม และผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานสังกัดหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
 ๘. เจ้าหน้าที่กองตรวจราชการทุกท่าน
- ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	จ
สรุปตัวชี้วัดสำคัญในการตรวจราชการและกำกับติดตาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	ต
สรุปประเด็นการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	น
กรอบแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ คณะที่ ๑-๔	
ประเด็นและตัวชี้วัดการตรวจราชการที่มุ่งเน้น	
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ	๑
๑.๑ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๑
๑.๒ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	๑๙
๑.๓ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ	๒๙
๑.๔ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	๓๒
ประเด็นและตัวชี้วัดการตรวจราชการที่มุ่งเน้น	
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๕๕
๒.๑ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	๕๕
๒.๒ การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ	๖๗
๒.๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	๘๒
๒.๓.๑ Service Outcome	๘๒
๒.๓.๒ Health Outcome	๑๑๕
๒.๔ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร	๑๓๒
ประเด็นและตัวชี้วัดการตรวจราชการที่มุ่งเน้น	
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ	๑๓๘
๓.๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๑๓๘
๓.๒ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	๑๕๓
๓.๓ การบริหารจัดการประสิทธิภาพ	๑๗๘

สารบัญ (ต่อ)

คณะที่ ๔ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี	๑๘๔
๔.๑ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจนภาคเหนือ	๒๑๙
๔.๒ โครงการเมืองสมุนไพร	๒๑๙
๔.๓ โครงการพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง	๒๒๒
๔.๔ โครงการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนและให้ความรู้แก่พ่อแม่เด็กในด้านโภชนาการที่เหมาะสม	๒๓๐
๔.๕ โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก	๒๓๗
๔.๖ โครงการยกระดับคุณภาพบริการ และส่งเสริมธุรกิจต่อเนื่องในแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของภาค	๒๓๗
๔.๗ โครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย	๒๕๔
ภาคผนวก	
● กำหนดการตรวจราชการ	
- ปฏิทินการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	๒๖๓
- กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ รอบที่ ๑ และ ๒	๒๖๕
● แบบฟอร์มและแบบรายงานการตรวจราชการ	
- แบบฟอร์มการเขียนแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline)	๒๖๘
- แบบฟอร์มมาตรฐาน รายงานการตรวจราชการ (แบบ ตก.๑/ตก.๒/ตก.๓)	๒๗๐
- แบบฟอร์มเฉพาะ รายงานการตรวจราชการ คณะที่ ๑,๒ (ตก.๑/ตก.๒)	๒๗๕
- แบบฟอร์มสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็น) คณะที่ ๑-๔	๓๖๐
● ระเบียบและคำสั่งที่เกี่ยวข้อง	
- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘	๓๖๑
- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๔๗๙/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	๓๖๘
- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๕๒๘/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๔ คณะ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	๓๗๐
- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๔๙๒/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	๓๘๖
คณะที่ปรึกษา	๓๘๗
คณะผู้จัดทำ	๓๘๘
บรรณาธิการ	๓๘๙

แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

๑. หลักการและเหตุผล

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้กำหนดไว้ว่า “การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการดำเนินการของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการดำเนินการที่ยั่งยืน รวมทั้งเป็นไปตามหลักการการบริหารแบบบูรณาการและการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี”

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดิน ที่มุ่งผลสัมฤทธิ์เชิงยุทธศาสตร์และการเสริมสร้างระบบบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี เป็นการตรวจติดตามเรื่องที่เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลในด้านสุขภาพ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และแผนงาน โครงการสำคัญต่างๆ รวมถึงการตรวจราชการในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องความเดือดร้อนเสียหายแก่ประชาชน และมุ่งเน้นการรายงานผลงานที่แสดงถึงผลสัมฤทธิ์ของหน่วยรับตรวจ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดการตรวจติดตามในประเด็นสำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นเลิศ (Prevention and Promotion Excellence) ๒) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ๓) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ ๔) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) รวมทั้งภารกิจตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี แผนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบด้วย ๔ คณะ ได้แก่

คณะ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

คณะ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

คณะ ๔ ตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

ทั้งนี้มุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกัน และประสานเชื่อมโยงในทุกระดับทั้งแนวดิ่งและแนวราบ (Vertical and Horizontal Integration) ระหว่างกรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายสำคัญต่างๆ ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้ สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและนโยบายสำคัญในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด

๒.๒ เพื่อเป็นเครื่องมือในการประสานการตรวจราชการและบูรณาการระหว่างส่วนราชการภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

๒.๓ เพื่อพัฒนาระบบการตรวจราชการในระดับกระทรวง กรม และระดับจังหวัดให้สามารถขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายสำคัญด้านสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่และสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการบริหารงานจังหวัดบูรณาการ

๒.๔ เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงาน ตามนโยบายสำคัญและการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

๒.๕ เพื่อติดตาม ตรวจสอบการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง ให้สอดคล้องกับกฎระเบียบ และขั้นตอนที่กำหนด

๓. กลไกการตรวจ กำกับ ติดตาม และประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข

๓.๑ การกำกับติดตาม (Monitoring)

๑) ระบบข้อมูลและระบบรายงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการตรวจ กำกับ ติดตาม และประเมินผลในทุกระดับ ได้แก่ ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC : Health Data Center) ระบบ e-Inspection ของกองตรวจราชการ ระบบข้อมูล ระบบรายงานของกรม กอง และข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

๒) การประชุมติดตามงาน เช่น การประชุมผู้บริหารระดับกระทรวง กรม และเขตสุขภาพ คณะกรรมการ หรือคณะทำงาน

๓.๒ การประเมินผล (Evaluation) ได้แก่

๑) ประเมินผลเทียบกับเป้าหมายว่าบรรลุผลหรือไม่ เช่น ประเมินตาม KPI เป็นช่วงเวลา (Ongoing Evaluation)

๒) การติดตามประเมินผลประเด็นนโยบายสำคัญเพื่อประเมินความก้าวหน้า แนวโน้มการบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการติดตามประเมินผลในประเด็นที่พบว่ามีปัญหาหรือแนวโน้มที่จะไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๓.๓ การตรวจสอบ (Audit) อ้างอิงกับกฎ ระเบียบ เช่น การตรวจสอบภายใน ธรรมภิบาลในการบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

๓.๔ การตรวจราชการ (Inspection) เป็นลักษณะการตรวจ ติดตามในเรื่องสำคัญหรือเป็นประเด็นการขับเคลื่อนงานเชิงนโยบายของผู้บริหาร การตรวจติดตามงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย การตรวจจุด/ประเด็น ที่เป็นความเสี่ยง (Key Risk Area : KRA) ที่จะเป็นอุปสรรค หรือที่จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายไม่ประสบความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคตามบริบทของพื้นที่ เพื่อวินิจฉัยปัญหา ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำต่อหน่วยรับตรวจ รวมทั้งการสะท้อนข้อมูลและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร ในส่วนกลาง โดยมีกลไกขับเคลื่อนและพัฒนาระบบตรวจราชการที่สำคัญ ได้แก่

๑) คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (คกต.)

๒) คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

๓) คณะทำงานติดตาม กำกับและตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

๔. แนวคิดการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๔.๑ การตรวจราชการเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการบูรณาการการดำเนินงานในทุกระดับทั้งแนวดิ่งและแนวนอน (Vertical and Horizontal Integration) ระหว่างกรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานพัฒนาแนวทางการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างราชการบริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนางานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด และตอบสนองความต้องการของประชาชน

๔.๒ การตรวจราชการ (Inspection) เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงการทำงานในบทบาทของการกำกับติดตามงาน (Monitoring) การประเมินผล (Evaluation) และการตรวจสอบ (Audit) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนางานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

๔.๓ นอกจากมุ่งเน้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการแล้ว การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขยังใช้แนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (พบส.) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนางานแบบที่ช่วยน้อง ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ การบูรณาการงาน การแบ่งปันและการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม

๕. ประเภทการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขแบ่งเป็น ๔ ประเภทคือ การตรวจราชการกรณีปกติ การตรวจราชการกรณีพิเศษ การตรวจราชการกรณีเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ และการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี การตรวจราชการแต่ละประเภท มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

๕.๑ การตรวจราชการกรณีปกติ เป็นการตรวจติดตามในเรื่องที่เป็นนโยบายรัฐบาลด้านสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนงาน/โครงการสำคัญ รวมทั้งการตรวจราชการเชิงลึกในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่เฉพาะเขตตรวจราชการ ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของหน่วยงานในพื้นที่ หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนเสียหายแก่ประชาชนอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง สำหรับกรณีปัญหาสาธารณสุขหรือประเด็นสำคัญในเขตสุขภาพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงและสาธารณสุขนิเทศก์อาจกำหนดแผนเร่งรัด กำกับ ติดตาม ประเมินผลโดยใช้กลไกคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในระดับเขตสุขภาพ รวมทั้งการจัดทีมเฉพาะกิจลงไปติดตามงาน

๕.๒ การตรวจราชการกรณีพิเศษ เป็นการตรวจราชการนอกเหนือจากการตรวจราชการกรณีปกติ ซึ่งไม่ได้กำหนดไว้ในแผนการตรวจราชการประจำปี ได้แก่ นโยบายสำคัญเร่งด่วนและการมอบหมายของผู้บังคับบัญชาเป็นกรณีไป เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ที่มีผลกระทบต่อนโยบายของรัฐบาล และมีความเสี่ยงสูงตามหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน อันเนื่องมาจากการเกิดภัยพิบัติ เช่น อุทกภัย ภัยแล้ง เป็นต้น

๕.๓ การตรวจราชการกรณีเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ เป็นการตรวจราชการเพื่อแสวงหาข้อเท็จจริง ให้เจ้าหน้าที่หรือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติงานของผู้มีอำนาจหรือจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนของประชาชนอันเกิดจากการดำเนินการของหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ

๕.๔ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นการตรวจราชการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการตรวจราชการแบบบูรณาการ เป็นกระบวนการติดตามและประเมินผลเพื่อผลักดันให้เกิดการผนึกกำลังทั้งในด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ คุณภาพการบริการ และขีดสมรรถนะระหว่างส่วนราชการไปสู่การบรรลุผลสำเร็จตามประเด็นนโยบาย ตามประเด็นยุทธศาสตร์ในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องและตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

๖. กระบวนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๖.๑ การจัดทำแผนและเตรียมการตรวจราชการ

๖.๑.๑ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกองตรวจราชการ ศึกษาวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข นโยบายสำคัญ แผนบูรณาการระดับประเทศและแผนบูรณาการระดับกระทรวงของกระทรวงสาธารณสุข และปัญหาที่มีผลกระทบต่อด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันตามประเด็นนโยบายและเป้าหมายผลลัพธ์ของการพัฒนาสุขภาพประชาชนเป็นสำคัญ

๖.๑.๒ แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ (คกต.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบด้วย คกต. ๔ คณะ ได้แก่

- (๑) คกต. คณะ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ
- (๒) คกต. คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- (๓) คกต. คณะ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ
- (๔) คกต. คณะ ๔ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

โดย คกต. มีบทบาทหน้าที่กำหนดประเด็นและแนวทางการตรวจราชการ วิเคราะห์และสรุปผลการตรวจราชการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการ รวมทั้งจัดทำรายงานผลการตรวจราชการพร้อมข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร

๖.๑.๓ แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการเพื่อขับเคลื่อนการตรวจราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดและเกิดสัมฤทธิ์ผลต่อประชาชน

๖.๑.๔ คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการประจำปีงบประมาณ (คกต.) กำหนดประเด็นและแนวทางตรวจราชการ (Inspection Guideline) เพื่อเป็นกรอบแนวทางการปฏิบัติงานของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและหน่วยรับตรวจ โดยแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) ประกอบด้วย

- (๑) หัวข้อ/ตัวชี้วัด/นิยาม
- (๒) สูตรการคำนวณ
- (๓) เป้าหมาย/มาตรการในพื้นที่/แนวทางการตรวจ ติดตาม ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- (๔) Small Success
- (๕) ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ซึ่งจะช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงของกระบวนการ การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค การสนับสนุนการแก้ไขปัญหา และพัฒนางานได้อย่างเหมาะสม และเพื่อการกำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบ

๖.๑.๕ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาให้ความเห็นชอบต่อแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และเสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาอนุมัติแผนฯ

๖.๑.๖ จัดทำคู่มือแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

๖.๑.๗ ประชุมชี้แจงแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข แก่หน่วยรับตรวจและผู้เกี่ยวข้องในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

๖.๑.๘ ประสานกรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมทีมตรวจราชการและเตรียมความพร้อมทีมตรวจราชการและนิเทศงาน

๖.๑.๙ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและกลไกการกำกับติดตามทั้งในระดับกระทรวง กรม กอง และเขต เพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญอย่างต่อเนื่อง

๖.๒ การตรวจราชการในพื้นที่

ตรวจราชการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ดำเนินการใน ๓ รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ ๑ การตรวจราชการตามรอบปกติ ๒ ครั้ง/ปี มีการลงพื้นที่ของหน่วยงานวิชาการร่วมกับคณะผู้ตรวจราชการ โดยมีผู้ตรวจราชการเป็นหัวหน้าคณะ ตรวจติดตามตามแนวทางการตรวจราชการ

ที่กำหนด (Inspection Guideline) ๒ รอบ/ปี โดยมีทีมตรวจราชการ ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม ผู้แทนจากสำนัก ในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง ผู้เชี่ยวชาญระดับจังหวัด/เขต ผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกที่ผู้ตรวจราชการกระทรวง พิจารณาให้ร่วมคณะตรวจราชการ โดยมีกองตรวจราชการเป็นเลขานุการคณะ หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวง โดยเฉพาะประเด็นที่เป็นปัญหาหรือมีข้อสังเกตที่ควรตรวจสอบ ติดตาม รวมถึงกรณีที่มีผลการดำเนินงานที่ดีเด่นเพื่อการถอดบทเรียนและขยายผลต่อไป ดังนั้นบทบาทของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานในด้านการวิเคราะห์พื้นที่และข้อมูลที่เกี่ยวข้องก่อนลงพื้นที่จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการระบุเป้าหมายในการตรวจนิเทศได้ตรงประเด็น นำไปสู่การแก้ไขปัญหาและพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

รูปแบบที่ ๒ การตรวจราชการและนิเทศงาน กำกับ ติดตาม ประเมินผล โดยทีมของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม : เป็นการตรวจ ติดตาม ในภารกิจของหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพ KPI และตรวจติดตามงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ในประเด็นที่นอกเหนือจากประเด็นมุ่งเน้นตามแผนการตรวจราชการประจำปี ซึ่งอาจกำกับ ติดตามผ่านระบบรายงานและข้อมูลสารสนเทศ การนิเทศงานเฉพาะกิจ และโดยกลไกที่หน่วยงานกำหนด

รูปแบบที่ ๓ การตรวจ กำกับติดตามและประเมินผลโดยกลไกระดับเขต การตรวจเฉพาะกิจการตรวจสอบ (Audit) เฉพาะเรื่อง การตรวจสอบตามกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติโดยเฉพาะ ให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล เช่น ตรวจสอบภายใน การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา การบริหารการเงินการคลัง ในหน่วยบริการที่ประสบวิกฤติทางการเงิน โดยทีมเฉพาะกิจที่มีความเชี่ยวชาญ เป็นต้น

ทั้งนี้ ประเด็นสำคัญที่พบจากการดำเนินการในรูปแบบที่ ๒ , ๓ และกรณีจำเป็นต้องอาศัยอำนาจในการสั่งการการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก หรือการสนับสนุนจากส่วนกลาง สามารถนำเข้าในการตรวจราชการรอบปกติ (รูปแบบที่ ๑) เพื่อพิจารณาแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

๖.๓ การรายงานผลตรวจราชการ

๖.๓.๑ การจัดทำรายงานผลการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ

๑) ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ

๑.๑) รายงานผลการตรวจราชการ รายงานประเด็นที่เกี่ยวข้อง ตามแบบรายงานการตรวจราชการ (ตค. ๑) โดยสรุปข้อสังเกต หรือปัญหาสำคัญที่ค้นพบ ต่อผู้ตรวจราชการกระทรวง ภายใน ๗ วัน หลังจากการเสร็จสิ้นการตรวจราชการแต่ละจังหวัด ทั้งนี้ อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพนั้น และให้ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมเสนอต่ออธิบดีกรม ด้วยอีกทางหนึ่ง

๑.๒) รายงานภาพรวมระดับเขตสุขภาพ (ตค. ๒) รายงานประเด็นการตรวจราชการต่อคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการแต่ละคณะ

รอบที่ ๑ รายงานภาพรวมระดับเขต ภายในเดือนเมษายน ๒๕๖๒ โดยวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานของเขตในรอบ ๖ เดือน ร่วมกับข้อค้นพบและประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ

รอบที่ ๒ รายงานภาพรวมระดับเขต ภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๒ โดยวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานของเขตในรอบ ๙ เดือน ร่วมกับข้อค้นพบและประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ

๒) หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพ กองตรวจราชการ ซึ่งทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะตรวจราชการ จัดทำรายงานข้อเสนอแนะ ข้อสั่งการ ระดับจังหวัด (ตค. ๓) เสนอผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพ ก่อนสรุปผลการตรวจในรอบที่ ๑ และรอบที่ ๒

๖.๓.๒ การจัดทำรายงานผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ

๑) หน่วยงานรับผิดชอบหลักในแต่ละประเด็นการตรวจราชการ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผลการตรวจราชการ เสนอต่อคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ คณะ๑-๔

๒) คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการคณะ๑-๔ พิจารณา กลั่นกรองและบูรณาการการแก้ไขปัญหาและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากการตรวจราชการในพื้นที่ ในส่วนของคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการวิเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญจากการ ขับเคลื่อนระบบตรวจราชการ

๓) กองตรวจราชการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจราชการจากคณะกรรมการกำหนดแผน และติดตามผลการตรวจราชการแต่ละคณะ วิเคราะห์ประเด็นสำคัญและจัดทำเป็นรายงานสรุปสำหรับผู้บริหารเสนอต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณา และจัดทำรายงานผลการตรวจราชการภาพรวม ประเทศ รอบ ๖ เดือน ภายในเดือนเมษายน ๒๕๖๒ และรายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ภายใน เดือนตุลาคม ๒๕๖๒ เผยแพร่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖.๓.๓ การให้ข้อเสนอแนะ

๑) ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ ในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและสามารถแก้ไขได้ในพื้นที่ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยรับตรวจ

๒) ข้อเสนอแนะส่วนกลาง ในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและจำเป็นต้องแก้ไขโดยส่วนกลาง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการที่เกี่ยวข้องกับปัญหา รับผิดชอบประสานแก้ไขปัญหาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ได้ข้อยุติ

๓) ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย ในกรณีปัญหาที่คณะผู้ตรวจราชการมีความเห็นว่า จำเป็นต้องแก้ไขระดับนโยบาย จะถูกนำไปพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ในคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการคณะ๑-๔ เมื่อได้ข้อยุติแล้วเสนอต่อ หัวหน้าผู้ตรวจ ราชการกระทรวงเพื่อนำเสนอขอความเห็นชอบจากปลัดกระทรวงต่อไป

๗. การกิจและกรอบประเด็นการตรวจราชการปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ ประกอบด้วยหัวข้อ

- ๑.๑ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
- ๑.๒ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
- ๑.๓ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ
- ๑.๔ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยหัวข้อ

- ๒.๑ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- ๒.๒ การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ
- ๒.๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
 - Service Outcome
 - Health Outcome
- ๒.๔ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

คณะ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ ประกอบด้วยหัวข้อ

- ๓.๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
- ๓.๒ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
- ๓.๓ การบริหารจัดการประสิทธิภาพ

คณะ ๔ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ประกอบด้วยหัวข้อ

- ๔.๑ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจนภาคเหนือ
- ๔.๒ โครงการเมืองสมุนไพร
- ๔.๓ โครงการพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง
- ๔.๔ โครงการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนและให้ความรู้แก่พ่อแม่เด็กในด้านโภชนาการที่เหมาะสม
- ๔.๕ โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออกเฉียง
- ๔.๖ โครงการยกระดับคุณภาพบริการ และส่งเสริมธุรกิจต่อเนื่องในแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของภาค
- ๔.๗ โครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนทุกช่วงวัย

๘. หน่วยงานเป้าหมายการตรวจราชการ

๘.๑ หน่วยรับการตรวจราชการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

๘.๒ หน่วยรับการตรวจเยี่ยม ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์วิชาการ โรงพยาบาลในสังกัดกรม และ หรือหน่วยงานที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงพิจารณาตามความเหมาะสม

๙. คณะตรวจราชการ ประกอบด้วย

- ๙.๑ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- ๙.๒ สาธารณสุขนิเทศก์
- ๙.๓ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- ๙.๔ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ/ผู้นิเทศก์ กรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๙.๕ ผู้ที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงพิจารณาให้ร่วมคณะตรวจราชการ
- ๙.๖ กองตรวจราชการทำหน้าที่เลขานุการคณะ
ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวงที่กำกับดูแลเขตสุขภาพนั้น

๑๐. บทบาทผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการตรวจราชการในพื้นที่

๑๐.๑ บทบาทหน่วยรับตรวจระดับจังหวัด

๑) ขั้นเตรียมการตรวจราชการ (ก่อนลงตรวจราชการ)

- ๑.๑) เตรียมข้อมูลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการและแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
- ๑.๒) ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของจังหวัดกับหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมรับการตรวจราชการ
- ๑.๓) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด เพื่อร่วมรับการตรวจราชการ ตามวัน เวลาที่กำหนด

๒) ขั้นการตรวจราชการ

- ๒.๑) รับการตรวจราชการของทีมตรวจราชการ และอำนวยความสะดวกแก่ทีมตรวจราชการ

๒.๒) นำเสนอข้อมูล และตอบข้อซักถามของทีมตรวจราชการ ในประเด็นที่ทีมตรวจราชการ มีข้อสงสัยโดยมีกรอบแนวทางการนำเสนอข้อมูลของจังหวัดในการตรวจราชการ ดังนี้

รอบที่ ๑ : สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ภาพรวมจังหวัด

รอบที่ ๒ : ผลการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวงที่กำกับดูแลแต่ละเขตสุขภาพ

๒.๓) รับฟังและร่วมอภิปรายสรุปผลการตรวจราชการ และการให้ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจ เพื่อรับไปดำเนินการต่อไปในพื้นที่

๑๐.๒ บทบาทผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม ผู้นิเทศก์ และผู้ร่วมตรวจราชการจากสำนักในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑) ขั้นเตรียมการตรวจราชการ (ก่อนลงตรวจราชการ)

๑.๑) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นการตรวจราชการที่รับผิดชอบ

๑.๒) รวบรวม สรุปวิเคราะห์ ข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการสำรวจ การประเมินผล ที่กรมรับผิดชอบ ของแต่ละจังหวัดเพื่อเตรียมการตรวจราชการในพื้นที่

๑.๓) ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของแต่ละจังหวัดภายในเขตสุขภาพ ในแต่ละรอบการตรวจกับหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพของกองตรวจราชการ

๒) ขั้นการตรวจราชการ

๒.๑) ร่วมทีมในการตรวจราชการตามกำหนดการ

๒.๒) วิเคราะห์กระบวนการทำงานของจังหวัด ในการนำแผนสุขภาพจังหวัดไปสู่การปฏิบัติ ในพื้นที่ และกลไกการบริหารจัดการในภาพรวมจังหวัด

๒.๓) วิเคราะห์กระบวนการทำงานตามกรอบแนวทางการตรวจราชการ และตามประเด็นปัญหา อุปสรรค มุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

๒.๔) ประมวล สรุปผลการวิเคราะห์ ข้อ ๒.๒) และ ๒.๓) ร่วมกันระหว่างผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมที่เป็นเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วม จากข้อมูล ข้อสังเกต และข้อเท็จจริงที่พบในพื้นที่ เพื่อจัดทำสรุปผลการตรวจราชการ ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่อหน่วยรับการตรวจ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารส่วนกลาง โดยสรุปนำเสนอผู้ตรวจราชการ และหน่วยรับการตรวจ พร้อมทั้งส่งเอกสารสรุปผลการตรวจราชการ (ตค.๑) ใน e-inspection ในวันสุดท้ายของการตรวจราชการแต่ละจังหวัด

๒.๕) ประสานการสรุปประเด็นการตรวจราชการ และการให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานกับหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพ เพื่อบันทึกในสมุดตรวจราชการของหน่วยรับตรวจ

๓) ขั้นสรุปผลการตรวจราชการ

วิเคราะห์และจัดทำรายงานผลการตรวจราชการรายรอบ รายเขต ตามแผนการตรวจราชการที่กำหนด ส่งกองแผนงานของกรม เพื่อสรุปภาพรวมระดับกรม พร้อมทั้งส่งให้หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพของกองตรวจราชการเพื่อสรุปภาพรวมระดับเขต

๑๐.๓ บทบาทผู้รับผิดชอบประเด็นการตรวจราชการระดับกรม

๑) กำกับติดตามงานตามภารกิจของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง โดยระบบข้อมูล ระบบรายงาน รวมทั้งกลไกที่หน่วยงานกำหนด เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสนับสนุนการตรวจราชการในพื้นที่ รวมทั้งเป็นข้อมูลเพื่อการกำกับติดตาม และประเมินผลในระดับกรม และระดับกระทรวง

๒) วิเคราะห์ผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศในประเด็นที่รับผิดชอบ เสนอต่อคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข คณะที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาเป็นรายงานผลการตรวจราชการเป็นภาพรวมประเทศ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อการพัฒนาต่อไป

๑๐.๔ บทบาทกลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ของกองตรวจราชการ

๑) ขั้นเตรียมการตรวจราชการ (ก่อนลงตรวจราชการ)

๑.๑) ประสานหน่วยรับตรวจและคณะตรวจราชการในเรื่องแผนและกำหนดการตรวจราชการ

๑.๒) ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของแต่ละจังหวัดภายในเขตสุขภาพ และการนัดหมายการเดินทาง กับคณะตรวจราชการและผู้ประสานการตรวจราชการระดับจังหวัด

๑.๓) เตรียมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพื้นที่ที่จะเป็นประโยชน์ในการตรวจราชการ เช่น ข้อมูลทั่วไป ปัญหาสุขภาพ Best Practice เป็นต้น จัดทำเป็นบทสรุปผู้บริหาร (Executive summary) เสนอต่อผู้ตรวจราชการกระทรวงประจำเขตตรวจราชการ

๒) ขั้นการตรวจราชการ

๒.๑) ร่วมทีมในการตรวจราชการ

๒.๒) ประสานนัดหมายกำหนดการและอำนวยความสะดวกให้กับคณะตรวจราชการ

๒.๓) ประสานการจัดทำสรุปผลการตรวจราชการระดับจังหวัด (ตจ.๑) และข้อเสนอแนะของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม/สำนัก เพื่อรวบรวมและเตรียมข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ ให้ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์ รับทราบและพิจารณาก่อนแจ้งต่อหน่วยรับการตรวจ พร้อมติดตามการลง ตจ.๑ ในระบบ e-inspection

๒.๔) สรุปประเด็นการตรวจราชการ และข้อเสนอแนะที่ผู้ตรวจราชการกระทรวง ให้กับหน่วยรับตรวจ โดยบันทึกในสมุดตรวจราชการของหน่วยรับตรวจ

๓) ขั้นสรุปผลการตรวจราชการ

๓.๑) ประสาน ติดตาม รายงานสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขต (ตจ.๒) จากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม/สำนัก รวมทั้งการลงในระบบ e-inspection

๓.๒) ประชุมสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขตในแต่ละรอบ (รอบ ๑ และ ๒) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามผลการดำเนินงานและพัฒนาปรับปรุงแก้ไขการทำงานในพื้นที่ต่อไป

๓.๓) ประสานการรายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการในแต่ละรอบ จากหน่วยรับการตรวจราชการแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพ เพื่อสรุปรายงานส่งกลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ ตามระยะเวลาที่กำหนด และเป็นข้อมูลในการติดตามความก้าวหน้าในการตรวจราชการรอบถัดไป

๑๑. ระยะเวลาในการตรวจราชการ ตรวจราชการรายรอบปกติ ปีละ ๒ รอบ ได้แก่

รอบที่ ๑ : กำหนดตรวจราชการระหว่างเดือน ธันวาคม ๒๕๖๑ – มีนาคม ๒๕๖๒ เพื่อประเมินสภาพปัญหา แผนแก้ไขปัญหา โครงสร้างระบบการทำงาน การกำกับติดตามงานด้านต่างๆ การบริหารจัดการและระบบข้อมูลในภาพรวมจังหวัด การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหามีไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อทีมตรวจราชการจะให้การสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับการตรวจที่สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไขได้อย่างเป็นรูปธรรม และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารในส่วนกลาง

รอบที่ ๒ : กำหนดตรวจราชการระหว่างเดือน มิถุนายน – สิงหาคม ๒๕๖๒ เพื่อติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการ การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

และข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับการตรวจที่สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไขในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารในส่วนกลาง

๑๒. ผู้รับผิดชอบ

๑๒.๑ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๑๒.๒ กองตรวจราชการ

๑๓. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑๓.๑ ระบบการตรวจราชการทุกระดับ สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่ระดับกระทรวง เขต และจังหวัด

๑๓.๒ กรม สำนัก กอง มีแนวทางเดียวกันในการติดตามงานตามภารกิจ ลดความซ้ำซ้อน ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๑๓.๓ การพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

๑๓.๔ ประชาชนหรือผู้รับบริการมีความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการ และลดปัญหาการร้องเรียน

ลงชื่อ



ผู้เสนอแนะ

(นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา)

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ

ลงชื่อ



ผู้เห็นชอบแผน

(นายบุญชัย ธีระกาญจน์)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อ



ผู้อนุมัติแผน

(นายสุชุม กาญจนพิมาย)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สรุปกรอบประเด็นการตรวจราชการ

กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ผ

สรุปตัวชี้วัดสำคัญในการตรวจราชการปี 2562

คณะ 1					
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		
			PA ปลัด	PA ผตร.	ตรวจราชการ
ประเด็นที่ 1	Mother&Child Health				
	1) อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	กรมอนามัย		1	1
	2) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็ก ตามเกณฑ์มาตรฐาน	กรมอนามัย		2	2
	2.1) ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	กรมอนามัย			
	2.2) ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	กรมอนามัย			
	2.3) ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ	กรมอนามัย			
	2.4) ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	กรมสุขภาพจิต			
ประเด็นที่ 2	Green&Clean Hospital				
	3) ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green&Clean Hospital (รพ.ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 40 และ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง)	กรมอนามัย		3	3
	Selected KPIs 62 จากแผนยุทธฯ กสร.				
ประเด็นที่ 3 กลุ่มวัยสูงอายุ	4) ร้อยละตำบลที่มีระบบ LTC ผ่านเกณฑ์	กรมอนามัย			4

ณ

คณะ 1					
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		
			PA ปลัด	PA ผตร.	ตรวจราชการ
ประเด็นที่ 4 NCD	5) อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	กรมควบคุมโรค			5
ประเด็นที่ 5 ระบบตอบโต้ ภาวะฉุกเฉิน	6) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ EOC และทีม SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	กรมควบคุมโรค			6
ประเด็นที่ 6 กลุ่มวัยเรียน/ วัยรุ่น	7) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	กรมอนามัย			7
	8) โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน	กรม สบส./ กรม คร./กบรส.			8
	9) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	กรมควบคุมโรค			9
รวมคณะ 1				3	9
คณะ 2					
ประเด็นที่ 1	PRIMARY CARE				
	1) ร้อยละ 60 ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ	สสป./กบรส./ สสว.	1		10
	2) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ค่าเป้าหมายสะสม ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (จัดตั้งทีมใหม่ 364 ทีม)	สสป.	2		11

ด

คณะ 2					
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		
			PA ปลัด	PA ผตร.	ตรวจราชการ
	3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (เป้าหมาย รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ดาว 100% และระดับ 5 ดาวสะสม 60%)	สสป.	3		12
ประเด็นที่ 2	TB				
	4) อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย >ร้อยละ 85)	กรมควบคุมโรค	4		13
ประเด็นที่ 3	RDU-AMR				
	5) ร้อยละ รพ. ที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล (เป้าหมาย : RDU ชั้น 1 \geq 95% , RDU ชั้น 2 \geq 20%) และร้อยละ รพ. ที่มีระบบ AMR เป้าหมาย AMR ระดับ intermediate \geq 20%	(อย./กบรส./กรมวิทย์) (กบรส./กรมวิทย์/อย./คร.)	5		14
ประเด็นที่ 4	Fast Track				
	• STROKE	กรมแพทย์			
	6) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7			4	15
	6.1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน				
	6.2) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก <25				
	6.3) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit \geq 40				
	6.4) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) \geq 50				

คณะ 2					
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		
			PA ปลัด	PA ผตร.	ตรวจราชการ
	6.5) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) ≥ 60				
	• SEPSIS	กรมแพทย์			
	7) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis < 30%			5	16
	• TRAUMA	กรมแพทย์			
	8) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ. ระดับ A,S,M1 เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 12			6	17
ประเด็นที่ 5	ยาเสพติด				
	9) ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)	กรมแพทย์/ กบรส./ ศอ.ปส.สธ.		7	18
	Selected KPIs 62 จากแผนยุทธฯ กสธ.				
ประเด็นที่ 6 SP สาขา สุขภาพจิตและ จิตเวช	10) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	กรมสุขภาพจิต			19
ประเด็นที่ 7 SP สาขาไต	11) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /y (66%)	กรมการแพทย์			20

คณะ 2					
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		
			PA ปลัด	PA ผตร.	ตรวจราชการ
ประเด็นที่ 8 การพัฒนา ระบบบริการ ODS	12) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	กรมการแพทย์			21
ประเด็นที่ 9 SP สาขาปลูก ถ่ายอวัยวะ	13) อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.	กรมการแพทย์			22
ประเด็นที่ 9 SP สาขาปลูก ถ่ายอวัยวะ	14) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	กรมการแพทย์			23
ประเด็นที่ 10 SP สาขาแพทย์ แผนไทย	15) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	แพทย์แผนไทย			24
ประเด็นที่ 11 SP สาขาหัวใจ	16) STEMI 16.1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	กรมแพทย์			25
รวมคณะ 2			5	4	16
คณะ3			คณะ3		
ประเด็นที่ 1	HRH Transformation				
	1) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (มีข้อมูล มีแผนการบริหารตำแหน่ง มีการดำเนินการตามแผน และมีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ≥ร้อยละ 71)	บค.	6		26

คณะ 3					
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		
			PA ปลัด	PA ผตร.	ตรวจราชการ
	2) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง)	กยผ.	7		27
ประเด็นที่ 2	Digital Transformation				
	3) เขตสุขภาพดำเนินการ digital transformation อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด	ศูนย์เทคโนโลยีฯ สป./ กยผ.	8		28
	4) มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	ศูนย์เทคโนโลยีฯ สป./ สสป.	9		29
ประเด็นที่ 3	Financial Management				
	5) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4	กองเศรษฐกิจสุขภาพฯ		8	30
ประเด็นที่ 4	Quality Organization				
	• HA				
	6) ร้อยละของ รพ.สังกัด กสร. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (รพศ./รพท./รพ.กรม 100 % , รพช. 90 %)	กบรส.		9	31
	• PMQA				
	7) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70 ของกองใน สป. , ร้อยละ 70 ของ สสจ. , ร้อยละ 40 ของ สสอ.)	กพร.สป.		10	32
ประเด็นที่ 5	เขตสุขภาพ				
	8) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ ร้อยละ 100	กบรส./กตร.		11	33

คณะ 3					
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประเด็นเน้นหนัก		
			PA ปลัด	PA ผตร.	ตรวจราชการ
	Selected KPIs 62 จากแผนยุทธศา กสธ.				
ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล	9) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กสธ.			34
	10) ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด	กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.			35
รวม คณะ 3			4	4	10
TOTAL			9	11	35

	PA ปลัด	PA ผตร.	Selected KPIs 62 จากแผนยุทธศา กสธ.	รวม
คณะ 1		3	6	9
คณะ 2	5	4	7	16
คณะ 3	4	4	2	10
TOTAL	9	11	15	35

สรุปประเด็นตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ประเด็นหลัก	ตัวชี้วัดตรวจราชการ และประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ		
๑.๑ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย	<p>๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย (เป้าหมาย < ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)</p> <p>๑) ขับเคลื่อนนโยบายและการบริหารจัดการการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา</p> <p>๒) ระบบบริการที่มีคุณภาพ</p> <p>๓) การสร้างภาคีเครือข่าย</p> <p>๔) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง</p> <p>๒. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>๒.๑ ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ</p> <p>๒.๒ ร้อยละ ๒๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า</p> <p>๒.๓ ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ</p> <p>๒.๔ ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1</p> <p>๑) ความครอบคลุมการคัดกรอง : เน้น เด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพและสังคม</p> <p>๒) คัดกรองพบสงสัยล่าช้า : เน้น สร้างสมรรถนะ/ศักยภาพ เสริมกำลังใจของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ</p> <p>๓) เด็กสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม : เน้น ติดตามให้ครอบคลุมเด็กสงสัยล่าช้าทุกคน</p> <p>๔) เด็กล่าช้าได้รับการ กระตุ้นด้วย TEDA ๔1 : พัฒนาศักยภาพบุคลากร สธ./การใช้คู่มือฯ/การสื่อสารกับผู้ปกครอง/การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC</p> <p>๕) เด็กสูงดีสมส่วน : ส่งเสริมอาหารตามวัย นอนอย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกาย ใฝ่ระวังสุขภาพช่องปาก</p>	<p>กรมอนามัย</p> <p>กรมอนามัย</p> <p>กรมอนามัย</p> <p>กรมอนามัย</p> <p>กรมสุขภาพจิต</p>
๑.๒ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น และวัยรุ่น	<p>๓. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี</p> <p>๑) ผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>๒) การส่งเสริมการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น และงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>๓) ลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี</p>	<p>กรมอนามัย</p>
๑.๓ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ	<p>๔. ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์</p> <p>๑) พัฒนาระบบบริการการดูแลเชิงคุณภาพ ด้วย Care Manager, Caregiver, Care Plan</p> <p>๒) จำนวนผู้สูงอายุเปลี่ยนกลุ่ม (ติดเตียงเป็นติดบ้าน, ติดบ้านเป็นติดสังคม)</p> <p>๓) เพิ่มการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC</p>	<p>กรมอนามัย</p>

ประเด็นหลัก	ตัวชี้วัดตรวจราชการ และประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
<p>๑.๔ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p>	<p>๕. ร้อยละของจังหวัดที่มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) ผู้บัญชาการเหตุการณ์ รองผู้บัญชาการ และหัวหน้ากลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และ กลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ระดับจังหวัด ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหารครบทุกคน ๒) จังหวัดจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ๓) จังหวัดมีการจัดทำรายการทรัพยากรที่สำคัญ เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ๔) มีการ Activate EOC หรือ ซ้อมแผน ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ ระดับจังหวัด 	<p>กรมควบคุมโรค</p>
	<p>๖. อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) ระบบข้อมูล: ทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่ระบุข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและผลการดำเนินงานตามกิจกรรมสำคัญหรือผลลัพธ์ ๒) กิจกรรมสำคัญ: การติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรายปัจจัยเสี่ยง เช่น กรรมน้ำหนักเกินหรืออ้วนสงเข้า DPAC ๓) การติดตามผล: การดำเนินงานและผลลัพธ์ 	<p>กรมควบคุมโรค</p>
	<p>๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) การพัฒนาระบบบริการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic Plus) <ul style="list-style-type: none"> • ระบบข้อมูล : ผลการประเมิน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๑ • การดำเนินงาน : การกำหนดทิศทางนโยบาย แผนพัฒนาการดำเนินงาน การประเมินคุณภาพปี ๖๒ • การติดตาม : ความครอบคลุมของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมรับการประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ และผลการดำเนินการ ๒) การดูแลผู้ป่วย DM/HT <ul style="list-style-type: none"> • ระบบข้อมูล : ทะเบียนผู้ป่วย การวิเคราะห์รูปแบบและปัจจัยสาเหตุของการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตไม่ได้ • กิจกรรมสำคัญ : การจัดการบริการผู้ป่วย การประเมินปัจจัยเสี่ยง การจัดการบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT • การติดตามผล : ระดับน้ำตาลโดยตรวจ HbA๑C และระดับความดันโลหิต 	<p>กรมควบคุมโรค</p>
	<p>๘. ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green&Clean Hospital (รพ.ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๔๐ และ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง)</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) ผลักดัน และสนับสนุนการพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital ในพื้นที่ : การพัฒนายกระดับ (ระดับดี ดีมาก ดีมาก plus) และการประเมิน (Re-accreditation) 	<p>กรมอนามัย/กรมควบคุมโรค/กบรส.</p>

ประเด็นหลัก	ตัวชี้วัดตรวจราชการ และประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
	๒) มีการบูรณาการหน่วยงานในพื้นที่เพื่อร่วมขับเคลื่อนการพัฒนา ๓) มีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ๔. โครงการ “๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรีทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ๑) อสม.ที่สูบบุหรี เป็นต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพด้านการเลิกสูบบุหรี ๒) ประชาชนที่สูบบุหรี เลิกสูบบุหรี	กรม สบส./กรม คร./กบรส.
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ		
๒.๑ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	๑๐. ร้อยละ ๖๐ ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ ๑) กลไกสนับสนุนระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ ในการขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ๒) พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วมและเสริมสร้างศักยภาพ พชอ. ๑๑. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) (เป้าหมาย กำหนดให้ PCC ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ยอดสะสม ร้อยละ ๓๖ (๑,๑๓๐ ทีม) (จัดตั้งทีมใหม่ ๓๖๔ ทีม)) ๑) พัฒนารูปแบบการจัดการบริการ ระบบบริหารจัดการกำลังคน ๒) การพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพอาศัยการดำเนินการของศูนย์เรียนรู้ ๓) เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๑๒. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว (เป้าหมาย รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ดาว ๑๐๐% และระดับ ๕ ดาวสะสม ๖๐%) การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดีดดาว ที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดี ๓) ภาคมีมีส่วนร่วม ๓) บุคลากรดี ๔) บริการดี และ ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)/กบรส./สสว. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)
๒.๒ การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ	๑๓. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย > ร้อยละ ๘๕) <u>มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิต</u> ๑) คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคและตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็ว ดูแลรักษาตามมาตรฐานของแนวทาง WHO ๒) Active case finding ในโรงพยาบาล เน้นกลุ่มที่มีโรคร่วม ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและ HIV ๓) บริหารจัดการและตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา <u>มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยา</u> : ใช้กลไก case management team และดูแลผู้ป่วยด้วย DOT ทุกราย <u>มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษา</u> ๑) เร่งรัดการค้นหาและขึ้นทะเบียนของ รพ.ในและนอกสังกัด สธ.(รัฐและเอกชน)	กรมควบคุมโรค

ประเด็นหลัก	ตัวชี้วัดตรวจราชการ และประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
	๒) ใช้กลไก พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ กำกับติดตามการขึ้นทะเบียน ๓) กำกับ ติดตาม ส่งต่อและประเมินผลการรักษาใช้ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคใน TBCM online	
๒.๓ การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ : Service Outcome	๑๔. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) (เป้าหมาย RDU ชั้น ๑ $\geq ๙๕\%$, RDU ชั้น ๒ $\geq ๒๐\%$) และร้อยละ รพ.ที่มีระบบ AMR เป้าหมาย AMR ระดับ intermediate $\geq ๒๐\%$ ๑๔.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ๑) โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามคู่มือ PLEASE ๒) รพ.สต.ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ๑๔.๒ ร้อยละ รพ.ที่มีระบบ AMR เป้าหมาย AMR ระดับ intermediate $\geq ๒๐\%$ ๑) พัฒนากลไกการจัดการเชื้อดื้อยา ๒) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ ๓) พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ ๔) พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ๕) พัฒนาการจัดการสารสนเทศเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและการพัฒนาระบบของโรงพยาบาล	อย./กบรส./กรมวิทย์ กบรส./กรมวิทย์/อย./กรม คร.
	ยาเสพติด	
	๑๕. ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) ๑) จัดทำแผนปฏิบัติการและการสนับสนุนของผู้บริหารที่ครอบคลุม ด้านการป้องกัน, การบำบัดรักษาและการส่งต่อ , การบำบัดฟื้นฟู โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) , การพัฒนาบุคลากร , Harm reduction, และการกำกับดูแลประสาน ความร่วมมือกับหน่วยงานนอก สธ. ๒) ทุกจังหวัดมีการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ๓) สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟู พัฒนาและได้การรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด)	กรมแพทย์/กบรส./ศอ.ปส.สธ.
	๑๖. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑) บริการจิตเวชเร่งด่วน (Acute care) ในโรงพยาบาล สป. ระดับ A – M๒ ทุกแห่ง ๒) ระบบการจัดบริการจิตเวชได้มาตรฐาน ในโรงพยาบาลสังกัด สป. ทุกระดับ ๓) พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้ อากาศ อยู่ในระยะสงบ ๔) บูรณาการการใช้โปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส+) เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พขอ.) มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง	กรมสุขภาพจิต

ประเด็นหลัก	ตัวชี้วัดตรวจราชการ และประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
	๑๗. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ๑) การจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล ๒) การอบรมบุคลากร	กรมการแพทย์
	๑๘. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ๑) การจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล ๒) การอบรมบุคลากร	กรมการแพทย์
	๑๙. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr (๖๖%) ๑) การขยายรูปแบบบริการ CKD clinic ให้ครอบคลุม รพ. ในระดับ F๓ ขึ้นไป ๒) การประเมิน CKD clinic คุณภาพ ๓) การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วย CKD Stage ๓ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๖ เดือน และในผู้ป่วย CKD Stage ๔ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๔ เดือน	กรมการแพทย์
	๒๐. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ๑) จัดตั้งหน่วยให้บริการเพิ่มตามแนวทางคู่มือของกรมการแพทย์ ๒) เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์	กรมการแพทย์
	๒๑. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๑) ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในหน่วยบริการทุกระดับ ๒) เขตสุขภาพสนับสนุนงบประมาณให้ รพ. ที่ผ่านมาตรฐาน GMP การผลิตยาสมุนไพรเพื่อผลิตยาสนับสนุน รพ. ในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพได้อย่างเพียงพอ ๓) หน่วยบริการ ระดับ รพศ./รพท. และ รพช. เข้าร่วมโครงการการพัฒนาคุณภาพงานแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine Hospital Accreditation Guidelines)	แพทย์แผนไทย
๒.๔ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ : Health Outcome	๒๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย < ๗) ๒๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ๒๒.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก < ๒๕ ๒๒.๓ ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ≥ ๔๐ ๒๒.๔ ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) ≥ ๕๐ ๒๒.๕ ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) ≥ ๖๐	กรมการแพทย์

ประเด็นหลัก	ตัวชี้วัดตรวจราชการ และประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
	๑) จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง ,ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness ผู้ สาธารณชน ๒) ประชาสัมพันธ์ รพ. ระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด และ Stroke Unit ใน รพ.ระดับ M ๓) ให้การรักษา Ischemic และ Hemorrhagic stroke ใน Stroke Unit/ ICU ๔) จัดให้มีเครือข่ายบริการทั้ง Acute และ Intermediate care และแนวทางการรับส่ง ใน-นอกเขตสุขภาพ ๕) สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัด กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลทุกระดับ	
	๒๓. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis<๓๐% ๑) มีทีมสหสาขาวิชาชีพของ รพ.แต่ละระดับ ๒) มี sepsis case manager ในแต่ละ รพ. (แพทย์/พยาบาลอย่างน้อย ๑ คน) ๓) สร้างระบบ Sepsis fast track ในจังหวัด ๔) สร้างระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ. A,S ๕) รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละ รพ.	กรมการแพทย์
	๒๔. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน ๒๖/แสนประชากร ๑) ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำ บอลลูน ๒) ลดระยะเวลาการรอทำบอลลูน หรือการผ่าตัด By pass ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ๓) มีข้อมูลของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย จากเวชระเบียนของผู้ป่วย และจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์	กรมการแพทย์
๒.๕ การพัฒนาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร	๒๕. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ใน รพ.ระดับ A,S,M๑ เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ ๑) ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง ๒) เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care ๓) เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	กรมการแพทย์
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ		
๓.๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคน ด้านสุขภาพ	๒๖. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (มีข้อมูล มีแผนการบริหารตำแหน่ง มีการดำเนินการตามแผน และมีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ>ร้อยละ ๗๑)	บค.สป.

พ

ประเด็นหลัก	ตัวชี้วัดตรวจราชการ และประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
	๑) เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ (รอบที่ ๑+ รอบที่ ๒) ๒) เขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่ง (รอบที่ ๑) ๓) มีการดำเนินงานตามแผน (ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด) (รอบที่ ๑+ รอบที่ ๒) ๔) บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (รอบที่ ๒)	
๓.๒ ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	๒๗. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง) ๑) ตรวจแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข (รอบที่ ๑) ๒) ผลการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข (รอบที่ ๒)	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
	๒๘. ร้อยละของ รพ. สังกัด กสธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ (เป้าหมาย รพศ./รพท./รพ.กรม ๑๐๐% , รพช.๙๐%) ๑) กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ให้มีการวางแผนในการดำเนินงาน และมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อขับเคลื่อนองค์กรสู่การรับรอง HA ชั้น ๓ ๒) เตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสู่การประเมิน HA ๓) ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแก่สถานบริการสุขภาพ ๔) ระบบ Warning HA สำหรับผู้บริหาร	กปรส.
	๒๙. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๗๐ ของกองใน สป. , ร้อยละ ๗๐ ของ สสจ. , ร้อยละ ๔๐ ของ สสอ.) ๑) ติดตามความสำเร็จการประเมินตนเองของ สสจ./สสอ. จากแบบฟอร์ม F๑ - F๕ (รอบที่ ๑) ๒) ติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรและผลลัพธ์ตัวชี้วัดเทียบกับ ค่าเป้าหมายที่กำหนดครบ ๒ หมวด (รอบที่ ๒)	กพร.สป.
	๓๐. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ ร้อยละ ๑๐๐ ๑) มีแผนงานเชิงบูรณาการระดับเขต (รอบที่ ๑) ๒) มีคณะทำงานขับเคลื่อนแผน (รอบที่ ๑) ๓) ระบบข้อมูล (รอบที่ ๑) ๔) รายงานความก้าวหน้าของการบริหารจัดการ (รอบที่ ๑) ๕) รายงานความก้าวหน้าของการบริหารจัดการ (รอบที่ ๒)	กปรส./กตร.
	๓๑. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต

ประเด็นหลัก	ตัวชี้วัดตรวจราชการ และประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
	<p>เสริมสร้างความโปร่งใสและวัฒนธรรมสุจริต (แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ EB ๑ - EB ๒๖) (รอบที่ ๑+รอบที่ ๒)</p> <p>๓๒. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด</p> <p><u>กำกับให้ดำเนินการ (รอบที่ ๑)</u></p> <p>๑) แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ</p> <p>๒) ประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)</p> <p>๓) ประเมินตามแนวทางการตรวจสอบงบการเงิน</p> <p><u>ติดตามและรายงานผล (รอบที่ ๒)</u></p> <p>๑) การแก้ไขปรับปรุงตามผลการประเมิน</p> <p>๒) การแก้ไขข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะจากผลการตรวจสอบงบการเงิน</p>	<p>กระทรวงสาธารณสุข (ศปท.)</p> <p>กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.</p>
<p>๓.๓ การบริหารจัดการ ประสิทธิภาพ</p>	<p>๓๓. เขตสุขภาพดำเนินการ digital transformation อย่างน้อยเขตละ ๑ จังหวัด</p> <p>๑) รายงานผลการดำเนินงานผ่านการประชุมทางไกล (VDO Conf.) ทุกเดือน โดยเขตสุขภาพ/จังหวัด (รอบที่ ๑+รอบที่ ๒)</p> <p>๒) สรุปลงจากระบบรายงานต่างๆ (กยผ./ศทส.) ทุกเดือน (รอบที่ ๑+รอบที่ ๒)</p> <p>๓) ทีมนิเทศออกตรวจประเมินตามเกณฑ์ Smart Hospital (รอบที่ ๑+รอบที่ ๒)</p> <p>๓๔. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง</p> <p>๑) รายงานผลการดำเนินงานผ่านการประชุมทางไกล โดยจังหวัด/เขตฯ ทุกเดือน (รอบที่ ๑+รอบที่ ๒)</p> <p>๒) สสป. ติดตาม รวบรวมและรายงานผลดำเนินงาน (รอบที่ ๑+รอบที่ ๒)</p> <p>๓) ทีมนิเทศออกตรวจประเมินการใช้งาน App PCC (รอบที่ ๑+รอบที่ ๒)</p>	<p>ศูนย์เทคโนโลยีฯ สป./กยผ.</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีฯ สป./ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)</p>
	<p>๓๕. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๔</p> <p>๑) การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ</p> <p>๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์</p> <p>๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ ≥ ค่าใช้จ่าย</p> <p>๒) พัฒนาการบริหารระบบบัญชี</p> <p>๒.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์</p> <p>๒.๒ ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ถูกต้อง ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบกระทบยอดเงินฝากธนาคาร ไม่ต่ำกว่า ๗๕ (๑๗๕ แห่ง)</p>	<p>กองเศรษฐกิจสุขภาพฯ</p>

ประเด็นหลัก	ตัวชี้วัดตรวจราชการ และประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
	<p>๒.๓ ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่เป็นหน่วยบริการดำเนินการจ่ายเงิน-รับเงินและนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์</p> <p>๓) สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ</p> <p>๓.๑ พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วมของหน่วยบริการ โดยกำหนดให้มีในระดับเขตสุขภาพ เขตสุขภาพละ ๑ รูปแบบ</p> <p>๔) ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน</p> <p>๔.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกิน ๕%</p> <p>๔.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ ๕ ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus Efficiency)</p> <p>๔.๓ ร้อยละของหน่วยบริการมีส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน</p>	
คณะที่ ๔ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักงานกฤษฎีกา		
	<p>๑. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจนภาคเหนือ</p> <p>๒. โครงการเมืองสมุนไพร</p> <p>๓. โครงการพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง</p> <p>๔. โครงการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนและให้ความรู้แก่พ่อแม่เด็กในด้านโภชนาการที่เหมาะสม</p> <p>๕. โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก</p> <p>๖. โครงการยกระดับคุณภาพบริการ และส่งเสริมธุรกิจต่อเนื่องในแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของภาค</p> <p>๗. โครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย</p>	

ตัวชี้วัดตรวจราชการ คณะที่ ๑-๓ รวม ๓๕ ตัวชี้วัดตรวจราชการ เป็น PA ปลัดและ ผตร. ๒๐ ตัวชี้วัด และคัดเลือกจากยุทธศาสตร์กระทรวงฯ ๑๕ ตัวชี้วัด

และกรอบประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ คณะที่ ๔ รวมทั้งหมด ๗ โครงการ

กรอบแนวทางการตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
คณะที่ ๑-๔

คณะที่ ๑

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

๑. การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑.๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑.๒ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

๒. การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๒.๑ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

๓. การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

๓.๑ ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์

๔. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๔.๑ ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

๔.๒ อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

๔.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

๔.๔ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green&Clean Hospital

๔.๕ โครงการ “๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ

(คกต.) คณะที่ ๑

ประเด็นและตัวชี้วัดการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

และการจัดการสุขภาพ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

หัวข้อ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดตรวจราชการ :

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย
๒. ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี ๒๕๖๑
๓. ร้อยละ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี ๒๕๖๑
๔. ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐
๕. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง
๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
๗. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา
๘. ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)
๙. ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

คำนิยาม

การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

$$MMR = (A/B) \times 100,000$$

A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอดภายใน ๔๒ วัน ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด (นับตามจังหวัดที่ตาย)

B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
๑. ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน			
๑. Assessment : มีระบบบริหารจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหา	๑.๑ มีข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดอย่างแท้จริง ๑.๒ มีระบบการจัดเก็บและติดตามข้อมูลตาม KPI และข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลกระทบ	- ข้อมูลสถานการณ์ - ข้อมูล customer/stakeholder - มีฐานข้อมูลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง (Baseline data) อย่างน้อยย้อนหลัง ๓ ปี - มีการจัดเก็บข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยง - มีระบบเฝ้าระวังมารดาตายระดับจังหวัด/เขต เพื่อจัดการแก้ปัญหาและพัฒนางาน โดยมี	๑. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง ๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>๑.๓ วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทย กำหนดประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพ ที่สามารถระบุถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาในการออกแบบกระบวนการทำงาน</p> <p>๑.๔ มีแผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ข้างต้นได้</p>	<p>ทีมช่วยเหลือด้านวิชาการและบริหารจัดการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาในประเด็นที่เกี่ยวข้องการตายมารดา (ประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพ) - แผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ข้างต้นได้ 	<p>เพื่อการดูแลและรักษา</p> <p>๔.ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)</p>
<p>๒. Advocacy & Intervention : มีข้อเสนอเชิงนโยบายหรือ มาตรการที่มีประสิทธิภาพรองรับการแก้ปัญหา</p>	<p>๑. มีมาตรการ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาในพื้นที่</p> <p>๒. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติและใช้มาตรการ/ข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดการตายมารดา</p> <p>๓. การบริหารจัดการเพื่อลดการตายมารดา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีมาตรการและกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกันการเกิด ๓D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer - มีมาตรการ /แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันและลดการตายมารดา - มีการจัด Zoning ผู้เชี่ยวชาญและการจัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง - มี Standing Order ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อป้องกันการตายจากสาเหตุการตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ - มีคู่มือ/แนวทางในการป้องกันการตายมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูง - ประชุม MCH board เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานและขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๓ เดือนครั้ง เช่น จัดประชุมสัญจรมอบจังหวัด ในพื้นที่แลกเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพเพื่อสร้างความตื่นตัว, ประชุม MCH conference เป็นต้น - สืบสวนสาเหตุการตายมารดารายบุคคลทุกราย - ใช้ข้อมูลเฝ้าระวัง ชี้ประเด็นปัญหา ชี้แนะ สร้างความตระหนักถึงการดูแล 	<p>๑. ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี๖๑</p> <p>๒. ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี๖๑</p> <p>๓. ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐</p> <p>๔. สืบสวนสาเหตุการตายมารดา รายบุคคลทุกราย</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		<p>สุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้กับภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการพัฒนา ร่วมกันในการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค้นหา คัดกรองความเสี่ยง ติดตามและดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยง - ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ด้านโภชนาการ เช่น ได้รับอาหารครบถ้วน เพียงพอ ไม่หวานมัน เค็มจัด ตามหลักโภชนาการ ติดตามการกิน ยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์ 	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒. ระบบบริการที่มีคุณภาพ			
<p>โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>๑. สนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่จัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างเท่าเทียม</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <p>๓. พัฒนาระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉิน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการทุกระดับใช้แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย และการคลอดคุณภาพ - การคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC&LR - ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อการดูแลตามตามแนวทางคัดกรองความเสี่ยงอย่างถูกต้องและทันเวลาโดยการพัฒนา ระบบการสื่อสารและการส่งต่อที่รวดเร็วทั้ง การวินิจฉัย การส่งต่อ และการรักษา - ประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ห้องคลอด - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC&LR - การฝึกปฏิบัติเช่นการช่วยฟื้นคืนชีพ การทำคลอดติดไหล่ ทำคลอดท่าก้น เป็นต้น 	<p>๑. ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง</p>
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
๑. ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน			
<p>๑. Assessment : มีระบบบริหารจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหา</p>	<p>๑.๑ มีข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดอย่างแท้จริง</p> <p>๑.๒ มีระบบการจัดเก็บและติดตามข้อมูลตาม KPI และข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ</p> <p>๑.๓ วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทย</p>	<p>๑. มีระบบการประเมินผลมาตรการและวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง มาตรการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการทบทวนสถานการณ์และถอดบทเรียนการดำเนินงาน การพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในประเด็นที่เกี่ยวข้องการตายมารดา (ประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพ) - กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่าน Best Practice 	<p>๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย</p> <p>๒. ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี ๖๑</p> <p>๓. ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี ๖๑</p> <p>๔. ร้อยละการตายมารดาจาก</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	กำหนดประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพ ที่สามารถระบุถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาในการออกแบบกระบวนการทำงาน ๑.๔ มีแผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ข้างต้นได้	๒. มีแผนการดำเนินงานที่ปรับปรุงให้สอดคล้องเพื่อแก้ปัญหาของ ๕ เดือนแรก - แผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ข้างต้นได้ ๓. สืบสวนสาเหตุการตายมารดารายบุคคลทุกราย	สาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐ ๕. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง ๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ๗. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา ๘. ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ (จากโรคอายุครรภ์) ๙. สืบสวนสาเหตุการตายมารดา รายบุคคลทุกราย
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒. ระบบบริการที่มีคุณภาพ			
โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก	๑. สนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่จัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กประชาชากร กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างเท่าเทียม	- การคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC&LR - ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อการดูแลตามแนวทางคัดกรองความเสี่ยงอย่างถูกต้องและทันเวลาโดยการพัฒนา ระบบการสื่อสารและการส่งต่อที่รวดเร็วทั้งการวินิจฉัย การส่งต่อ และการรักษา - ประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	๑. ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง			
พัฒนาระบบสุขภาพแม่และเด็กอย่างยั่งยืนโดยการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว	๑. สื่อสารความรู้เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ๒. สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงนวัตกรรมการสื่อสารสองทางเพื่อสร้างกระแสความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการความเสี่ยงของตนเอง ครอบครัวและชุมชน	- สร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ และใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - หน่วยบริการทุกระดับ มีและใช้แผนการสอน ที่กระตุ้นและสร้างแรงบันดาลใจให้พ่อแม่เข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ในการสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - มีการสื่อสารความรู้ผ่านสื่อต่างๆ	๑. มีการประชาสัมพันธ์ สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีองค์ความรู้และทักษะในการดำเนินงาน ๓. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามี หรือญาติเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ สร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓. การสร้างภาคีเครือข่าย			
บูรณาการความร่วมมือ	สร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคีเครือข่ายเพื่อการบูรณาการงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับภาคีเครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้กลไก MCH Board ขับเคลื่อนงานเพื่อลดการตายมารดาไทยโดยบูรณาการงานกับ Service Plan และเชื่อมโยงกับ พชอ. อบต. อบท. เกษตร หรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เห็นปัญหาและกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน - มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง - สร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชนท้องถิ่น อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้มีส่วนร่วมในการ ค้นหา คัดกรองความเสี่ยง ติดตามและดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยง - สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในจังหวัดและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา provincial network เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งระดับชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. มีการประชุมสืบสวนการตายมารดาในระดับเขต ๒. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง/นิเทศงาน/แผนการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ที่ชัดเจน ๓. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในจังหวัดและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา provincial network เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งระดับชุมชน

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ol style="list-style-type: none"> ๑. มีข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดอย่างแท้จริง ๒. มีระบบการจัดเก็บและติดตามข้อมูลตาม KPI และข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ๓. วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทย กำหนดประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพที่สามารถระบุถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาในการออกแบบกระบวนการทำงาน ๔. มีแผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน (Action plan) ที่ 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่จัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กประชากรกรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงและได้รับการอย่างเท่าเทียม - เยี่ยมเสริมพลัง/ประเมินและรับรองมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ANC&LR ๓. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ห้องคลอด ๔. พัฒนาห้องคลอดคุณภาพและระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉิน ๕. ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลง 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. มีระบบการประเมินผลมาตรการและวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง มาตรการ <ul style="list-style-type: none"> - มีการทบทวนสถานการณ์และถอดบทเรียนการดำเนินงาน การพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในประเด็นที่เกี่ยวข้องการตายมารดา (ประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพ) <ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่าน Best Practice ๒. มีแผนการดำเนินงานที่ปรับปรุงให้สอดคล้องเพื่อแก้ไขปัญหาของ ๕ เดือนแรก (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหา) 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ๒. ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี๖๑ ๓. ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี๖๑ ๔. ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐ ๕. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง ๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ๗. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่า

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ข้างต้นได้</p> <p>๕. มีมาตรการ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาในพื้นที่</p> <p>๖. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ และใช้มาตรการ/ข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดการตายมารดา</p> <p>๗. การบริหารจัดการเพื่อลดการตายมารดา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การป้องกันการเกิด ๓D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer - ขับเคลื่อนการดำเนินงาน จัด Zoning ผู้เชี่ยวชาญและการจัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง - มี Standing Order - มีคู่มือ/แนวทางในการป้องกันการตายมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูง - ประชุม MCH board อย่างน้อย ๓ เดือนครั้ง /ประชุม MCH conference เป็นต้น - ใช้ข้อมูลเฝ้าระวัง ชี้ประเด็นปัญหา ชี้นำ ชี้แนะ เพื่อให้เกิดการพัฒนาาร่วมกันในการ - ระบบค้นหา คัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC&LR - ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อการดูแลตามแนวทางคัดกรองความเสี่ยงอย่างถูกต้องและทันเวลาโดยการพัฒนาระบบการสื่อสารและการส่งต่อที่รวดเร็วทั้งการวินิจฉัย การส่งต่อ และการรักษา - ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ด้านโภชนาการ เช่นได้รับอาหารครบถ้วน เพียงพอ ไม่หวานมัน 	<p>จากปี๖๑</p> <p>๖. ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี๖๑</p> <p>๗. ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐</p> <p>๘. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง</p> <p>๙. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง</p> <p>๑๐. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา</p> <p>๑๑. ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย <p>๑๒. สืบสวนสาเหตุการตายมารดา รายบุคคลทุกราย</p>	<p>๓. ประชาสัมพันธ์ สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้น เรื่องฝากท้องเร็ว โภชนาการ ภาวะเสี่ยงฯ โครงการเก่าอย่างเพื่อสร้างลูก (Early Moment Matters on Mobile)</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีองค์ความรู้ และ ทักษะในการดำเนินงาน</p> <p>๕. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามี หรือญาติเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ สร้างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>๖. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง/นิเทศงาน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก - ระบบค้นหา คัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC&LR - ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อการดูแล <p>๗. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในจังหวัดและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา provincial network เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งระดับชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย 	<p>ด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา</p> <p>๘. ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)</p> <p>๙. ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย <p>๑๐. สืบสวนสาเหตุการตายมารดา รายบุคคลทุกราย</p>

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>เค็มจัด ตามหลักโภชนาการ ติดตามการกินยาเม็ดเสริม ไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ของ หญิงตั้งครรภ์ - อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๒๐ต่อการเกิดมีชีพแสน ราย</p>			

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย	๑. โรงพยาบาลที่เกิดกรณีแม่ตาย รายงาน สสจ.ภายใน ๒๔ ชั่วโมง สสจ. รายงานศูนย์อนามัยภายใน ๗ วัน	๑.หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ ๒.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓.ศูนย์อนามัย
๒. ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดาจาก สาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี๖๑	๒. รายงานสืบสวนการตาย (CE) จาก สสจ.ไปยังศูนย์อนามัยและกรมอนามัย ภายใน ๓๐ วัน	
๓. ร้อยละ๓๐ ของการตายมารดาจาก ความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี๖๑	๓. รายงานผลการ Conference maternal death case	
๔. ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุ ทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐		
๕. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการ คัดกรองความเสี่ยง	๑. แบบคัดกรองความเสี่ยงของพื้นที่หรือ แบบคัดกรองความเสี่ยง ๒๑ ข้อ สมุด บันทึกลับสุขภาพแม่และเด็ก	๑.หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ ๒.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓.ศูนย์อนามัย
๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง	๒. สถานบริการบันทึกข้อมูลการคัด กรองความเสี่ยง	
๗. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุก รายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการ จัดการ และส่งต่อ เพื่อการดูแลและ รักษา	๓. หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับทำ การคัดกรองและจัดการความเสี่ยงเพื่อ กาส่งต่อและดูแลต่อเนื่องและรายงานผล แก่ สสจ. ๔. สสจ. รายงานการคัดกรองและจัดการ ความเสี่ยงเพื่อกาส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง แก่ ศอ. ๕. ศอ. รายงานการคัดกรองและจัดการ ความเสี่ยงเพื่อกาส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง แก่ กรมอนามัย	
๘. ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)		
๙. ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลผ่าน มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	๑. หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ พัฒนาคุณภาพระบบบริการให้เป็นไป ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก คุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital)	๑. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการตาม มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก : หน่วย บริการสาธารณสุขทุกระดับ ๒. การประเมินตนเองหน่วยบริการ

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
	๒. หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ (รพช. รพท. รพศ.) ประเมินตนเองผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กออนไลน์ ๓. สสจ./ศอ. ประเมินและรับรองมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก	สาธารณสุขทุกระดับ (รพช. รพท. รพศ.) ๓. ประเมินและรับรองมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก : สสจ./ศอ.

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์	ตำแหน่งรองผู้อำนวยการ สำนัก/กอง สำนักส่งเสริม สุขภาพ กรมอนามัย	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๔๓๕ Mobile ๐๘ ๑๒๙๒ ๓๘๔๙ E-mail: pimolphantang@gmail.com	
นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนัก/กอง สำนักส่งเสริม สุขภาพ กรมอนามัย	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๔๒๕ Mobile ๐๘ ๔๖๘๑ ๙๖๖๗ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๔๔๒๗ E-mail: noi_๕๕@hotmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางวรรณชนก ลิ้มจําริญญ	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุข สำนัก/กอง สำนักส่งเสริม สุขภาพ กรมอนามัย	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๔๓๘ Mobile ๐๘ ๖๕๔๖ ๕๕๖๑ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๔๔๒๗ E-mail: loogjun.ph@hotmail.com	

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

หัวข้อ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน มีตัวชี้วัดย่อย ๔ ตัวชี้วัด

- ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
- ร้อยละ ๒๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า
- ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม
- ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1
- ร้อยละ ๕๔ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

คำนิยาม

เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒

พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐)

เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่มาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังพบมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไป

ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA๔1)

สูงตี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูงหรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความยาวหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความอยู่ในช่วง $+๑.๕$ SD ถึง -๑.๕ SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง

สูงตีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีเชิงปริมาณ)

๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

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

๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า

$$= \frac{C+D}{B} \times 100$$

๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

$$= \frac{E}{C} \times 100$$

๔. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1

$$= \frac{H}{G} \times 100$$

๕. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

$$= \frac{F}{B} \times 100$$

๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วน

$$= \frac{I}{J} \times 100$$

รายการข้อมูล

A = เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

B = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด

C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑)

D = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

E = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒

F = จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐)

G = เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด

H = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1

I = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

J = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. ร้อยละการคัดกรองพัฒนาการ (ความครอบคลุม) ร้อยละ ๙๐ : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นความครอบคลุมในเด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพและสังคม

๒. ร้อยละของสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐ : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นการสร้างสมรรถนะ/ศักยภาพ และเสริมกำลังใจของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ

๓. ร้อยละของการติดตาม ร้อยละ ๙๐ : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นการติดตามให้ครอบคลุมเด็กสงสัยล่าช้าทุกคน

๔. เด็กล่าช้าได้รับการ กระตุ้นด้วย TEDA ๔1 : ควรเน้นพัฒนาศักยภาพบุคลากร สธ./การใช้คู่มือฯ/ การสื่อสารกับผู้ปกครอง/การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC

๕. เด็กสูงดีสมส่วน : ควรเน้นส่งเสริมอาหารตามวัย นอนอย่างมีคุณภาพ กิจกรรมทางกาย/การเล่น สุขภาพช่องปาก ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักส่วนสูง เครื่องมือ/วิธีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงได้มาตรฐาน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบที่ ๑			
ร้อยละการคัดกรอง ร้อยละ ๙๐	๑.ขับเคลื่อนโดยกลไกในพื้นที่ - อนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด - MCH Board ผ่าน Child Project Manager	- สรุปรายงานการประชุม - แผนงาน/โครงการของคณะอนุกรรมการ	- เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๙๐ - เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐
ร้อยละของพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐	๒.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - ผลักดันการขับเคลื่อน พรบ. นมผง - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่/จัดตั้งคลินิกนมแม่ในสถานบริการ สธ.	- ติดตามระบบเฝ้าระวังและรายงานการระเิด พรบ. นมผง - ติดตามตัวชี้วัดการเลี้ยงลูกด้วยนม	- เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ร้อยละของการกระตุ้นติดตาม ร้อยละ ๙๐ สูงดีสมส่วน	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เชิงรุก โดย อสม. แม่และเด็ก - สนับสนุนการจัดตั้งมุมนมแม่ในสถานประกอบการ <p>๓. ขับเคลื่อนนโยบาย มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน</p> <p>๔. สร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการ สช. ให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ - พัฒนาสื่อองค์ความรู้ด้านพัฒนาการเด็กตามบริบทของพื้นที่ 	<p>แม่ในทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือน ในระบบHDC</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมอาหารตามวัย การนอน กิจกรรมทางกาย/การเล่น การแปรงฟัน ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ทารก และเด็กเล็ก - ความครอบคลุมการซั้งน้ำหนัก ส่วนสูง - เครื่องมือ/วิธีการซั้งน้ำหนัก วัด ส่วนสูงได้มาตรฐาน - เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานและ ส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่ 	<p>ได้รับการติดตาม ร้อยละ ๙๐</p> <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนร้อยละ ๕๔
ร้อยละ ๔๐ ของเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I	<ol style="list-style-type: none"> ๑. สื่อสาร นโยบาย ความสำคัญและแนวทางการดำเนินงาน ๒. ทบทวน/ปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าและระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ๓. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ และทักษะในการใช้คู่มือ TEDA๔I/ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง/ การบันทึกข้อมูลในระบบHDC ๔. สนับสนุนสื่อ/เทคโนโลยี 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ติดตาม ส่งเสริม ผลักดันการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินเพื่อกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA๔I ๒. ระบบการติดตามกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้า ๓. การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินเพื่อกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA๔I ๒. ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้า
รอบที่ ๒			
ร้อยละการคัดกรอง ร้อยละ ๙๐	<p>๑. ขับเคลื่อนโดยกลไกในพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - อนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด - MCH Board ผ่าน Child Project Manager 	<ul style="list-style-type: none"> - สรุปรายงานการประชุม - แผนงาน/โครงการของคณะอนุกรรมการ 	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๙๐ - เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐
ร้อยละของพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐	<p>๒. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลักดันการขับเคลื่อน พรบ. นมผง - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่/จัดตั้งคลินิกนมแม่ในสถานบริการ สช. - รมรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เชิงรุก โดย อสม. แม่และเด็ก 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามระบบเฝ้าระวังและรายงานการระเิด พรบ. นมผง - ติดตามตัวชี้วัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือน ในระบบ HDC 	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม ร้อยละ ๙๐ - เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสม

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ร้อยละของการกระตุ้นติดตาม ร้อยละ ๙๐ สูงที่สุดส่วน	<p>- สนับสนุนการจัดตั้งมุนนมแม่ในสถานประกอบการ</p> <p>๓. ขับเคลื่อนนโยบาย มหัทศวรรษ ๑,๐๐๐ วัน</p> <p>๔. สร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครอบครัว</p> <p>- หน่วยบริการ สธ. ให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ</p> <p>- พัฒนาสื่อองค์ความรู้ด้านพัฒนาการเด็กตามบริบทของพื้นที่</p>	<p>- ส่งเสริมอาหารตามวัย การนอน กิจกรรมทางกาย/การเล่น การแปรงฟัน ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ทารก และเด็กเล็ก</p> <p>- ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง</p> <p>- เครื่องมือ/วิธีการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูงได้มาตรฐาน</p> <p>- เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่</p>	ส่วน ร้อยละ ๕๔
ร้อยละ ๖๐ ของเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1	พัฒนาระบบติดตาม และกระตุ้นเด็ก พัฒนาการล่าช้าด้วย TEDA๔1 อย่างต่อเนื่อง	<p>๑. ระบบการติดตามกระตุ้นเด็ก พัฒนาการล่าช้า</p> <p>๒. ข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1</p> <p>๓. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานและ ส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่</p>	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
เขตสุขภาพ/สสจ./รพศ./รพท.			
<p>๑. บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะ การประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA๔1 รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับ ผู้ปกครอง</p> <p>๒. เครือข่ายหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมมือดำเนินการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม</p>	<p>๑. บุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง สื่อสารประชาสัมพันธ์ องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น</p> <p>๒. ร้อยละ ๔๐ ของเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1</p> <p>๓. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการ คัดกรอง กระตุ้น ติดตาม พัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี</p> <p>๔. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิด</p>	<p>๑. รมรณรงค์คัดกรองและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย</p> <p>๒. ร้อยละ ๕๐ ของเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1</p> <p>๓. ตรวจเยี่ยมการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุม การส่งเสริมการตลาดอาหาร สำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐</p> <p>๔. อัตราการกินนมแม่ของ ทารกแรกเกิดถึงต่ำกว่า ๖</p>	<p>๑. ระดับความสำเร็จของ พัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ มาตรฐาน</p> <p>๑.๑ ร้อยละ ๙๐ เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ</p> <p>๑.๒ ร้อยละ ๒๐ ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า</p> <p>๑.๓. ร้อยละ ๙๐ ของเด็ก ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ</p> <p>๑.๔ ร้อยละ ๖๐ ของเด็ก</p>

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๓. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๕๐ ในระดับจังหวัดและระดับเขต ๔. มีนโยบาย/มาตรการ/แผนการส่งเสริมเด็กสูงวัยส่วน	พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ ในระดับจังหวัดและระดับเขต ๕. ขับเคลื่อนมติศจรรย ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ของอำเภอ	เดือน ๕. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ๖. ขับเคลื่อนมติศจรรย ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต อย่างน้อยร้อยละ ๗๐ ของอำเภอ	พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I ๑.๕ ร้อยละ ๕๔ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ๒. รณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๓. ขับเคลื่อนมติศจรรย ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต อย่างน้อยร้อยละ ๙๐ ของอำเภอ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ สำนักโภชนาการ
 กรมสุขภาพจิต สถาบันราชานุกูล

ผู้ประสานงานตัวชี้วัดรับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรหม	ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	Tel. ๐๒ - ๕๘๘ ๓๐๘๘ ต่อ ๓๑๒๔ mail : teerboon@hotmail.com	- ความครอบคลุม - พบส่งสัยล่าช้า - ติดตามเด็กสงสัยล่าช้า
แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพท์	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	Tel. ๐๒-๒๔๘ ๘๙๐๐ ต่อ ๗๐๓๙๐ mail : janarpar@gmail.com	- เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I
นางณัฐวรรณ เขาวนลิลิตกุล	ตำแหน่ง รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ) สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	Tel ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๒๗ Email : nutwan๖๕@gmail.com	- เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทรัพย์	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	Tel. ๐๒-๒๔๘ ๘๙๐๐ ต่อ ๗๐๓๙๐ mail : janarpar@gmail.com	- เด็กพัฒนาการ ล่าช้าได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA๔1
นางประภาพรณิ จังพานิช	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๔๓๓ Tel. ๐๘๗ ๐๗๗ ๑๑๓๐ mail : paporn๑๑@gmail.com	- ความครอบคลุม - พบสงสัยล่าช้า - ติดตามเด็กสงสัย ล่าช้า
นางกิติมา พัวพัฒนกุล	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็ก แห่งชาติ กรมอนามัย	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๔๐๕ mail : puapat@yahoo.com	
นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น	ตำแหน่ง นักโภชนาการชำนาญ การสำนักโภชนาการ กรมอนามัย	Tel ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๒๗ mail : supot.r@anamai.mail.go.th	- เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

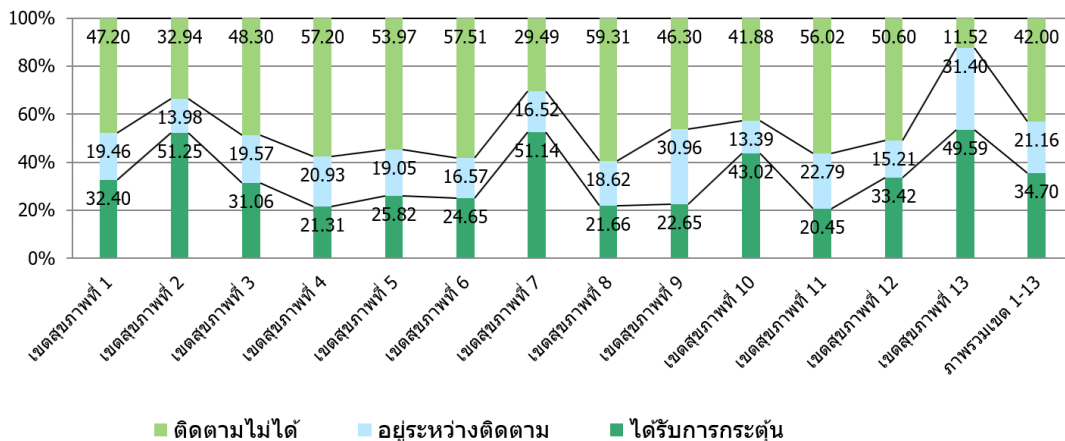
หัวข้อ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็ก ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ตัวชี้วัด Process indicator (PI) ๒.๔) ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

สถานการณ์

ในปี ๒๕๖๑ เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า จำนวน ๑๓,๒๐๑ คน ซึ่งได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือ TEDA๔ ในเขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ จำนวน ๔,๕๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๗๐ และกลับมามีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๖๕.๔๘ (แหล่งที่มา : HDC ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๑ และ สำนักอนามัย กทม. สิงหาคม ๒๕๖๑) ทั้งนี้ ยังมีเด็กพัฒนาการล่าช้าที่อยู่ระหว่างการติดตามเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน ๒,๗๙๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๑๖ และเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ติดตามไม่ได้ จำนวน ๕,๕๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๐๐ โดยสามารถจำแนกเป็นรายเขตสุขภาพดังแสดงในแผนภาพที่ ๑



ที่มา : 1. เขต 1-12 จาก HDC ณ 15 ส.ค. 61
2. เขต 13 จากสำนักอนามัย กทม. ณ 31 ส.ค. 61

แผนภาพที่ ๑ ร้อยละของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA๔ จำแนกรายเขตสุขภาพ

คำนิยาม

เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่มาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไป

ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA๔)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพิการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1	X ๑๐๐
เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพิการล่าช้าทั้งหมด	

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑ พัฒนากลไกและระบบการกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA๔1			
ร้อยละ ๔๐ ของเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1	๑. สื่อสาร นโยบาย ความสำคัญ และแนวทางการดำเนินงาน ๒. ทบทวน/ปรับปรุงพัฒนา ระบบการดูแลเด็กพัฒนาการ ล่าช้าและระบบการติดตามเด็ก พัฒนาการล่าช้าร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ๓. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้ มีความรู้และทักษะในการใช้คู่มือ TEDA๔1 /ทักษะการสื่อสารกับ ผู้ปกครอง/ การบันทึกข้อมูลใน ระบบHDC ๔. สนับสนุนสื่อ/เทคโนโลยี	๑. ติดตาม ส่งเสริม ผลักดันการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร สาธารณสุขให้มีความรู้ทักษะที่ เพียงพอต่อการประเมินเพื่อ กระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA๔1 ๒. ระบบการติดตามกระตุ้นเด็ก พัฒนาการล่าช้า ๓. การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และข้อมูลเด็กพัฒนาการ ล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA๔1	๑. บุคลากรสาธารณสุขมี ความรู้และทักษะที่ เพียงพอต่อการประเมิน เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ โดยใช้คู่มือ TEDA๔1 ๒. ระบบการติดตามเด็ก พัฒนาการล่าช้า
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒ เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพิการล่าช้า ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA๔1			
ร้อยละ ๖๐ ของเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1	๑. พัฒนาระบบติดตาม และ กระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วย TEDA๔1 อย่างต่อเนื่อง	๑. ระบบการติดตามกระตุ้นเด็ก พัฒนาการล่าช้า ๒. รายงานผลข้อมูลเด็กปฐมวัย ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีความพิการล่าช้าแล้วได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 ๓. เยี่ยมเสริมพลังการ ดำเนินงานตามแผนฯ และส่งคืน ข้อมูลแก่พื้นที่	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการ คัดกรองแล้วพบว่า มีความพิการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA๔1

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
บุคลากรสาธารณสุขได้รับการ พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินและกระตุ้น พัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการ ล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA๔1 รวมทั้ง	ร้อยละ ๔๐ ของเด็กพัฒนาการ ล่าช้าได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA๔1	ร้อยละ ๕๐ ของเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1	ร้อยละ ๖๐ ของเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง			

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/URL
๑. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1	ระบบ Key performance indicator กระทรวงสาธารณสุข	http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/?id=๗๔๔&kpi_year=๒๕๖๑

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมสุขภาพจิต กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สถาบันราชานุกูล

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
พญ.มธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล	Tel. ๐-๒๒๔๘-๘๙๐๐ ต่อ ๗๐๓๙๐ Mobile ๐๙-๔๙๒๙-๒๘๙๙ e-mail : doctorjajaa@gmail.com	ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1
พญ.จันทร์อาภา สุขทัพบ์	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล	Tel. ๐-๒๒๔๘-๘๙๐๐ ต่อ๗๐๓๙๐ Mobile ๐๘-๖๗๘๘-๙๙๘๑ e-mail : janarpar@gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
พญ.มธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล	Tel. ๐-๒๒๔๘-๘๙๐๐ ต่อ ๗๐๓๙๐ Mobile ๐๙-๔๙๒๙-๒๘๙๙ e-mail : doctorjajaa@gmail.com	ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1
พญ.จันทร์อาภา สุขทัพบ์	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล	Tel. ๐-๒๒๔๘-๘๙๐๐ ต่อ๗๐๓๙๐ Mobile ๐๘-๖๗๘๘-๙๙๘๑ e-mail : janarpar@gmail.com	

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

หัวข้อ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

คำนิยาม : จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดของผู้หญิง อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำมาปรับกับค่าสัดส่วนระหว่างข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพจากฐานทะเบียนราษฎรปีที่ผ่านมา และข้อมูลอัตราการคลอดในระบบ HDC ในปีที่ผ่านมา เพื่อให้ได้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (HDC adjusted) สำหรับใช้ในการรายงานผลงาน
แหล่งข้อมูล ๑	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล ๒	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	a = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี (จากแฟ้ม Labor) คู่อข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)
รายการข้อมูล ๒	b = จำนวนหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=๑,๓)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีจากระบบ HDC = (a/b) X ๑,๐๐๐
รายการข้อมูล ๓ (adjusted)	A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากฐานทะเบียนราษฎรปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B: อัตราการคลอดจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี) ไตรมาสที่ ๑ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๑ ปี ๒๕๖๒ X ๔ ไตรมาสที่ ๒ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๖๒ X ๔/๒ ไตรมาสที่ ๓ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๓ ปี ๒๕๖๒ X ๔/๓ ไตรมาสที่ ๔ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๔
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒	AXB
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑: ๕ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๑-กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ ๑ (HDC adjusted) รอบที่ ๒ : ๕ เดือนหลัง (มีนาคม ๒๕๖๒-กรกฎาคม ๒๕๖๒) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ ๓ (HDC adjusted)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับจังหวัดของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่
๒. การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
๓. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี โดยการส่งเสริมการให้คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
๑. การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับจังหวัดของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่			
๑. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ	๑. เร่งรัดและผลักดันการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๑	๑. ติดตามการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร	๑. มีการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง
๒. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัดที่บูรณาการร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในจังหวัดอย่างชัดเจน	๒. ผลักดันให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัดที่บูรณาการดำเนินงานระหว่างกระทรวงหลักและหน่วยงานที่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่	๒. ติดตามการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด	๒. จังหวัดมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด
๓. มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถติดตามประเมินผลได้	๓. สนับสนุนให้มีการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในระดับจังหวัด	๓. ติดตามการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในจังหวัด	๓. มีการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานเจ้าภาพหลักในระดับจังหวัดและอำเภออย่างชัดเจน
	๔. ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด ของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด	๔. ติดตามการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของหน่วยงานในระดับจังหวัด ทั้งหน่วยงาน ๕ กระทรวงหลัก และพื้นที่ของฝ่ายเลขานุการ	๔. มีการดำเนินงานที่สะท้อนถึงการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๒. การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) และขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (รอบ ๑)			
<p>๑. มีการพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS และอำเภอที่มีการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้รับการเยี่ยมชม (กรณีที่ยังไม่ผ่านมาตรฐาน YFHS) และเยี่ยมชมเสริมพลัง (กรณีผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ครบ ๓ ปี)</p>	<p>๑. สนับสนุนส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS และขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ระดับเขตและจังหวัดอย่างต่อเนื่องผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>๒. พัฒนาระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ เพื่อเอื้อให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในรูปแบบที่หลากหลาย ตรงกับความต้องการ</p> <p>๓. กระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการดำเนินการและพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS</p> <p>๔. สนับสนุนให้ รพ.สต.มีแนวทางพัฒนาการดำเนินงานการจัด YFHS</p>	<p>๑. การติดตามการสร้างเสริมความเข้าใจในหลักการและแนวทางการดำเนินงาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานในระดับอำเภอได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. ติดตามผลการส่งเสริมและผลักดันงาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ไปสู่แผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>๓. ติดตามผลการผลการประเมินรับรองโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน YFHS และการรับรองอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>๔. ติดตามการเยี่ยมเสริมพลังและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขตและจังหวัด</p>	<p>๑. มีเครือข่ายการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการประสานการดำเนินงานระหว่างสถานบริการสาธารณสุข ครอบคร้ว / ชุมชน และสถานศึกษา อย่างสอดคล้อง มีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับอำเภออย่างเป็นระบบ รอบด้าน</p> <p>๓. ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์และปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นลดลง</p>
๓. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี โดยการส่งเสริมการให้คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึง (รอบ ๑)			

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>๑. เพิ่มการเข้าถึงบริการ ให้คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง</p> <p>๒. เพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งอย่างทั่วถึง</p>	<p>๑. ส่งเสริมการจัดบริการให้คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้งอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลากรผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรอย่างต่อเนื่อง และเพียงพอสำหรับการจัดบริการในพื้นที่</p> <p>๓. ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีกึ่งถาวร (ภายใน ๖ สัปดาห์หลังคลอด/หลังแท้ง)</p> <p>๔. การตรวจสอบปัญหาในด้านระบบการสำรองเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร และพัฒนาระบบบริหารจัดการในพื้นที่ เพื่อให้มีเวชภัณฑ์สำหรับการคุมกำเนิดอย่างเพียงพอต่อความต้องการของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีที่มาใช้บริการ</p>	<p>๑. ติดตามระบบการบริหารจัดการทั้งความพร้อมทางด้านบุคลากร และเวชภัณฑ์การวางแผนครอบครัวของทุกโรงพยาบาล โดยเฉพาะการให้บริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรให้มีความพร้อม สามารถให้บริการได้เมื่อมีผู้มารับบริการ</p> <p>๒. ติดตามอัตราการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีสมัยใหม่ทุกวิธี</p> <p>๒. ติดตามอัตราการได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร</p> <p>๓. การบันทึกและติดตามผลการบันทึกข้อมูลการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งในระบบ Health data center (HDC) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน</p>	<p>๑. วัยรุ่นหลังคลอดหรือหลังแท้งทุกรายได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ โดยเน้นวิธีการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร</p> <p>๒. ระบบข้อมูลการรายงานผลการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งในกลุ่มวัยรุ่นมีความถูกต้องครบถ้วนทันเวลา</p>
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒</p> <p>๑. การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับจังหวัดของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่</p>			
<p>๑. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตาม พ.ร.บ. ผ่านกลไกของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานครอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง</p> <p>๒. ลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีเหลือ</p>	<p>๑. เร่งรัดและผลักดันการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๒</p> <p>๒. ผลักดันให้จังหวัดที่ยังไม่แผนยุทธศาสตร์ เร่งรัดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในระดับจังหวัดที่บูรณาการดำเนินงานระหว่างกระทรวงหลักและ</p>	<p>๑. ติดตามการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร</p> <p>๒. ติดตามการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด</p> <p>๓. ติดตามการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานใน</p>	<p>๑. คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร มีการประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง</p> <p>๒. จังหวัดมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ไม่เกิน ๓๘ ต่อพัน	หน่วยงานที่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ๓. สนับสนุนให้มีการถ่ายทอด แผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน ในระดับจังหวัด ๔. ส่งเสริมสนับสนุนการ ดำเนินงานแผนยุทธศาสตร์การ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด ของ คณะกรรมการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับ จังหวัด	จังหวัด ๔. ติดตามการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นของหน่วยงานในระดับ จังหวัด ทั้งหน่วยงาน ๕ กระทรวงหลัก และหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในพื้นที่ของ ฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นในระดับจังหวัด	๓. มีการถ่ายทอดแผน ไปสู่การปฏิบัติของ หน่วยงานเจ้าภาพหลัก ในระดับจังหวัดและ อำเภออย่างชัดเจน ๔. มีการดำเนินงานที่ สะท้อนถึงการปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรมตาม ยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๕. อัตราการคลอดมีชีพใน หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ลดลงตามเป้าหมายของ เขตสุขภาพ
๒. การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) อำเภออานามัยการเจริญพันธุ์ และทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (รอบ ๒)			
๑. โรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน YFHS ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ ๒. โรงพยาบาลที่ผ่านการ เยี่ยมประเมิน ครบ ๓ ปี มี การดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และมีคุณภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐ ๓. อำเภอผ่านเกณฑ์การ ประเมินอำเภออานามัยการ เจริญพันธุ์ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	๑. ผสานความร่วมมือ ระหว่าง ศูนย์อานามัย สคร.ศูนย์สุขภาพจิต และ สสจ.เพื่อเยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบให้ ดำเนินงานตามมาตรฐานYFHS ร่วมกับเกณฑ์อำเภออานามัยการ เจริญพันธุ์ ๒. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ถอดบทเรียนการจัดบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรตามมาตรฐาน YFHS และอำเภออานามัยการ เจริญพันธุ์	๑. ติดตามผลการส่งเสริมและ ผลักดันงาน YFHS และอำเภอ อานามัยการเจริญพันธุ์ไปสู่ แผนงาน โครงการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๒. ติดตามผลการผลการ ประเมินรับรองโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ตามเกณฑ์ มาตรฐาน YFHS และการ รับรองอำเภออานามัยการเจริญ พันธุ์ ๓. ติดตามการเยี่ยมเสริมพลัง และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน ระดับเขตและจังหวัด	๑. มีบริการสุขภาพที่ เป็นมิตร มีคุณภาพ และ จัดบริการได้ตรงปัญหา และความต้องการของ วัยรุ่น ทั้งเชิงรับและเชิง รุก ๒. วัยรุ่นและเยาวชน สามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพและอานามัยการ เจริญพันธุ์ได้อย่างทั่วถึง ตรงตามความต้องการ
๓. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี โดยการส่งเสริมการให้คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง และการเข้าถึง บริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึง (รอบ ๒)			

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>๑. เพิ่มการเข้าถึงบริการ ให้ คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง</p> <p>๒. เพิ่มความครอบคลุมใน การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด หลังคลอดหรือหลังแท้งอย่าง ทั่วถึง</p> <p>๓. ลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี เหลือไม่เกินร้อยละ ๑๔.๕</p>	<p>๑. ส่งเสริมการจัดบริการให้ คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากร ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะ การคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอ สำหรับการจัดบริการในพื้นที่</p> <p>๓. ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิการ คุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้ง ด้วยวิธีกึ่งถาวร (ภายใน ๖ สัปดาห์หลังคลอด/หลังแท้ง)</p> <p>๔. การตรวจสอบปัญหาในด้าน ระบบการสำรองเวชภัณฑ์ คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร และ พัฒนาระบบบริหารจัดการใน พื้นที่ เพื่อให้มีเวชภัณฑ์สำหรับ การคุมกำเนิดอย่างเพียงพอต่อ ความต้องการของวัยรุ่นอายุ น้อยกว่า ๒๐ ปีที่มาใช้บริการ</p>	<p>๑. ติดตามอัตราการเข้าถึง บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือ หลังแท้งด้วยวิธีสมัยใหม่ทุกวิธี</p> <p>๒. ติดตามอัตราการได้รับบริการ คุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลัง แท้งด้วยวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร</p> <p>๓. การบันทึกและติดตามผลการ บันทึกข้อมูลการให้บริการ คุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลัง แท้งในระบบ Health data center (HDC) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน</p>	<p>๑. วัยรุ่นหลังคลอดหรือ หลังแท้งทุกรายได้รับ บริการคุมกำเนิดด้วยวิธี สมัยใหม่ โดยเน้นวิธีการ คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร</p> <p>๒. ระบบข้อมูลการ รายงานผลการให้บริการ คุมกำเนิดหลังคลอดหรือ หลังแท้งในกลุ่มวัยรุ่นมี ความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา</p> <p>๓. หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการ คุมกำเนิดด้วยวิธี สมัยใหม่ (Modern methods) หลังคลอด หรือหลังแท้งไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐</p> <p>๔. หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี หลังคลอดหรือ หลังแท้งที่คุมกำเนิด ได้รับการคุมกำเนิดด้วย วิธีกึ่งถาวร (ยาฝัง คุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>

Small Success

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ส่วนกลาง			
<p>๑. มีการประชุมคณะกรรมการ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>๒. มีการประชุมคณะกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>๓. มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและ</p>	<p>๑. มีการติดตามการ ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติ การฯ พ.ศ. ๒๕๖๒ ภายใต้ ยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙</p> <p>๒. มีการติดตามการ</p>	<p>๑. กฎกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ พ.ร.บ. การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นมีผลบังคับใช้</p> <p>๒. มีการประชุมเชิง ปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานตาม</p>	<p>๑. มีการประชุม คณะกรรมการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น</p> <p>๒. มีการติดตามการ ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติ การภายใต้ยุทธศาสตร์การ</p>

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>ครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>	<p>ดำเนินงานของ คณะกรรมการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นระดับจังหวัดและ กรุงเทพมหานคร ๓. สนับสนุนการเสริมสร้าง ความรู้ด้านสุขภาพใน ระดับเขต/จังหวัดเพื่อป้องกัน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับ เขตสุขภาพ ผ่านกลไก คณะกรรมการระดับชาติ</p>	<p>ยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น</p>	<p>ป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐- ๒๕๖๙ ๓. อัตราการคลอดมีชีพใน หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่ เกิน ๓๘ ต่อประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน ๔. โรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ได้รับการ รับรองโรงพยาบาลตาม มาตรฐานบริการสุขภาพที่ เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ เยาวชน (YFHS) ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๙๐ ๕. อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอ อนามัยการเจริญพันธุ์ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๐ ๖. มีองค์ประกอบบางส่วน ท้องถิ่นที่เป็นแหล่งเรียนรู้ การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น เพิ่มขึ้นอย่างน้อย จังหวัดละ ๑ แห่ง</p>
เขตสุขภาพ/ สสจ./กรมวิชาการระดับเขต(ศูนย์อนามัย สนง.ป้องกันควบคุมโรค ศูนย์สุขภาพจิต)			
<p>๑. คณะกรรมการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับ จังหวัดและกรุงเทพมหานครมีการ ประชุมหรือมีการกำหนดแผนการ ประชุม ประจำปี ๒๕๖๒ ๒. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นในระดับจังหวัด ๓. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการ สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญ พันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ infographic สายด่วน ๑๖๖๓ การจัดการบริการใน โรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่ หลากหลายตรงตามความต้องการ ๔. มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความ</p>	<p>๑. ประสานงานและสนับสนุน การจัดประชุมอนุกรรมการ การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและ ติดตามความก้าวหน้าการ ดำเนินงานของอนุกรรมการฯ ๓. ศูนย์อนามัย สคร. ศูนย์ สุขภาพจิตและ สสจ.มีการ สนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อให้การเข้าถึงบริการด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์ของ วัยรุ่นและเยาวชน ๔. มีการดำเนินงานตาม แผนการเสริมสร้างความรอบ รู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการ</p>	<p>๑. มีการเยี่ยมประเมินและ รับรองโรงพยาบาลตาม มาตรฐาน YFHS และอำเภอ อนามัยการเจริญพันธุ์ ๒. มีการขยายบริการ คุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นหลัง คลอดหรือหลังแท้งที่มี ประสิทธิภาพ ๔. มีเครือข่ายการยุติการ ตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยภายใต้ ระบบประสุขภาพครอบคลุม ทุกจังหวัด</p>	<p>๑. มีการจัดประชุม คณะกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับ จังหวัดจำนวน ๒ ครั้ง ๒. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้การดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นใน ระดับเขต ๓. มีการขยาย อปท.ที่เป็น แหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น</p>

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>รอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>	<p>ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>		<p>๔. มีการติดตามการดำเนินงานตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด</p> <p>๕. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS และอำเภอ ผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย</p> <p>๖. อัตราการคลอดในระดับเขตลดลงตามเป้าหมาย</p> <p>๗. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นแหล่งเรียนรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพิ่มขึ้นอย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง</p>
อำเภอ/รพช./รพท./รพศ.			
<p>๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>๒. มีการบรรจุเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>๓. มีแผนการจัดหาเวชภัณฑ์การให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งให้แก่วัยรุ่นอย่างเพียงพอ พร้อมสำหรับให้บริการ</p>	<p>๑. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน ๑๖๖๓ การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลาย ตรงตามความต้องการ</p> <p>๓. อำเภอมีการประเมินตนเองและขอรับการประเมินตามเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>๔. โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองและขอรับการประเมิน</p>	<p>๑. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน ๑๖๖๓ การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลาย ตรงตามความต้องการ</p> <p>๓. อำเภอมีการประเมินตนเองและขอรับการประเมินตามเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>๔. โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองและขอรับการประเมิน</p>	<p>๑. วัยรุ่นในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่หลากหลายอย่างทั่วถึง</p> <p>๒. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS และอำเภอ ผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย</p>

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ตามเกณฑ์มาตรฐาน YFHS	ตามเกณฑ์มาตรฐาน YFHS	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์	ตำแหน่ง นายแพทย์ เชี่ยวชาญ สำนัก/กองสำนักอนามัยการ เจริญพันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๒๔๒ Mobile๐๘๑-๘๘๖๖๒๗๖ e-mail : Bunyarit_su@hotmail.com	การลดอัตราการคลอดมี ชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี
นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สำนัก/กองสำนักอนามัยการ เจริญพันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๑๖๘ Mobile๐๘๙๗๖๒๗๓๓๙ e-mail : am-piyarat@hotmail.com	การลดอัตราการคลอดมี ชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์	ตำแหน่ง นายแพทย์ เชี่ยวชาญ สำนัก/กองสำนักอนามัยการ เจริญพันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๒๔๒ Mobile๐๘๑-๘๘๖๖๒๗๖ e-mail : Bunyarit_su@hotmail.com	การลดอัตราการคลอด มีชีพในหญิงอายุ ๑๕- ๑๙ ปี
นางปติมา หิริสัจจะ	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ สำนัก/กองสำนักอนามัยการ เจริญพันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๒๔๗ e-mail: hhpatima@hotmail.com	การประชุม คณะกรรมการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับจังหวัดและ กรุงเทพมหานคร
นางประกายดาว พรหมประพัฒน์	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ สำนัก/กองสำนักอนามัยการ เจริญพันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๒๖๕ e-mail : prakaidao.p@anamai.mail.go.th	การส่งเสริมสนับสนุน การขับเคลื่อนบริการ สุขภาพที่เป็นมิตร สำหรับวัยรุ่นและ เยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) อำเภออนามัยการเจริญ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
			พันธู์ โดย คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.)
นางสาวพัชรีวรรณ เจนสาริกรณั์	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ สำนัก/กองสำนักอนามัย การเจริญพันธู์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๒๔๓ e-mail : jenpatcha@gmail.com	การลดปัญหาการ ตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ น้อยกว่า ๒๐ ปี โดย การส่งเสริมการให้ คำปรึกษาหลังคลอด หลังแท้ง และการเข้าถึง บริการคุมกำเนิดอย่าง ทั่วถึง
นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สำนัก/กองสำนักอนามัย การเจริญพันธู์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๑๖๘ Mobile๐๘๙๗๖๒๗๓๓๙ e-mail : am- piyarat@hotmail.com	การลดอัตราการคลอด มีชีพในหญิงอายุ ๑๕- ๑๙ ปี

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

หัวข้อ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

คำนิยาม : มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ ๗ ข้อ ดังนี้

- มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว
- มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
- มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
- มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ
- มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล
- มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)
- มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล

$$\text{สูตรการคำนวณ : } \frac{A}{B} \times 100$$

A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐			
ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐	๑. ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ. และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลางและคณะกรรมการ ดำเนินงานในระดับพื้นที่ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	๑.พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบจังหวัดประเมินพื้นที่รายงานให้ศูนย์อนามัยเขตรายไตรมาส ๒.ศูนย์อนามัยเขตส่งประเมินและรายงานให้ส่วนกลาง รอบ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน	๑. ผู้สูงอายุเข้าถึงหรือใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ไม่น้อยกว่า ๒๐๐,๐๐๐ คน ๒. มีนวัตกรรมและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่สามารถพัฒนาเป็นต้นแบบในการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>๒. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์โดยใช้สมุดบันทึก สุขภาพ ผู้สูงอายุ และคู่มือดูแลผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”</p> <p>๓. สร้างสื่อสารานที่เข้าถึงง่าย ร่วมกับเครือข่าย เพื่อสังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณผู้สูงอายุ</p> <p>๔. พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) โดยใช้หลักการ ๓ S (Thai Active Aging : Strong , Social and Security) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร Care manager Caregiver</p>		<p>ให้บริการเขตสุขภาพละ ๑ เรื่อง รวม ๑๓ เรื่อง</p> <p>๓. มีตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ตำบล Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐</p> <p>๔. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐</p> <p>๕. มีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care</p>
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒ ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐</p>			

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
๑. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	<p>วิธีจัดเก็บข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่/จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต - ศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๓ รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามระบบรายงานโปรแกรม Long Term Care ประจำเดือน ส่วนกลางส่งข้อมูลเข้าระบบฐานข้อมูล DoH Dashboard ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข <p>แหล่งข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฐานข้อมูลระบบรายงาน โปรแกรม Long Term Care ประจำเดือน 	กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
	<ul style="list-style-type: none"> - ฐานข้อมูลระบบ DoH Dashboard ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข - ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เรื่องของการคัดกรอง ADL ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ.

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์กิตติ ลากสมบัติศิริ	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนัก อนามัยผู้สูงอายุ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	Tel. ๐๒ - ๕๙๐๔๕๐๓ Mobile ๐๘๑ - ๖๘๒๙๖๖๘ e-mail : kitti.l@anamai.mail.go.th	ตรวจราชการ
นางวิมล บ้านพวน	ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	Tel. ๐๒ ๕๙๐๔๕๐๓ Mobile ๐๙๗ - ๒๔๑๙๗๒๙ e-mail : Vimol.@anamai.mail.go.th	ตรวจราชการ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางรัชณี บุญเรืองศรี	ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ ชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	Tel. ๐๒ - ๕๙๐๔๕๐๘ Mobile ๐๙๙-๖๑๖๕๓๙๖ e-mail : rachanee.brs@gmail.com	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด และรายงานผลการ ดำเนินงาน
นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์ นโยบายและแผน ชำนาญการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	Tel. ๐๒ - ๕๙๐๔๕๐๓ Mobile ๐๘๑ - ๔๕๔๓๕๖๓ e-mail : orawanee.a.@anamai.mail.go.th	รายงานผลการ ดำเนินงาน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

หัวข้อ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

คำนิยาม

ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ ๑ - ๕

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วย

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ

ทีมปฏิบัติการ (Operation) หมายถึง ทีมภาคสนามที่สามารถลงพื้นที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคและภัยสุขภาพที่ลงปฏิบัติการ เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU ฯ

การพัฒนาศูนย์ EOC หมายถึง การพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา ๓ ด้าน ดังนี้

๑. ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบงาน เช่น แผน มาตรฐานการปฏิบัติการ (SOP) งบประมาณ
๒. ด้านอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึง ห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันทสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลผลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร
๓. ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนแบ่งบุคลากรที่สามารถระดมมาช่วยดำเนินการในภาวะฉุกเฉินได้ ให้รับผิดชอบกลุ่มภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น

All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน

ควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อสถานการณ์ และมีประสิทธิภาพ ใช้ในกรณีที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ จังหวัด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) ไม่มี

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น (รอบ ๑) : การพัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ รองผู้บัญชาการเหตุการณ์ และหัวหน้ากลุ่มภารกิจ ตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และ กลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด			
ผู้บัญชาการเหตุการณ์ รองผู้บัญชาการเหตุการณ์ และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ทุกคน ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร)	พัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์รองผู้บัญชาการเหตุการณ์ และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	ตรวจสอบหลักฐาน - รายชื่อ ผู้บริหาร (นพ.สจจ., ผชช.ว., ผชช.ส. และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด) และหัวหน้ากลุ่มภารกิจ (หัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และหัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ที่ผ่านการฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร (จำนวน ๙ ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุมโรค)	จังหวัดมีผู้บัญชาการเหตุการณ์ รองผู้บัญชาการเหตุการณ์ และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น (รอบ ๑) : การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด			
มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด เพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ	การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ระดับจังหวัด	ตรวจสอบหลักฐาน - ตารางการปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จังหวัด เป็นรายปี โดยระบุผู้ประสานงานหลักด้านข้อมูลเป็นรายสัปดาห์ - รายงานการตรวจสอบข่าวการเกิดโรคและภัยที่ผิดปกติประจำสัปดาห์ (SAT Weekly report) ทุกสัปดาห์ - Spot Report ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด หมายเหตุ : นับเป็นปีงบประมาณ	จังหวัดมีการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ โดยทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
มีการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด	การจัดเตรียมการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ระดับจังหวัด	ตรวจสอบหลักฐาน - รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ (Rapid Risk Assessment, RRA) ระดับจังหวัดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดอย่างน้อย ๒ ฉบับ	จังหวัดมีการเฝ้าระวังตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ โดยทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น (รอบ ๑) : การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด			
มีการจัดทำรายการทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญเหล่านั้น	การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด	ตรวจสอบหลักฐาน - รายการทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญ	จังหวัดมีการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น (รอบ ๒) : การจัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การซ้อมแผน และการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ ระดับจังหวัด			
มีการจัดทำรายชื่ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อเข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (๔ ระดับ)	การจัดเตรียมแผนบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การซ้อมแผน และการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัด	ตรวจสอบหลักฐาน - ทะเบียนรายชื่ออัตรากำลังคนของหน่วยงานที่เข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (๔ ระดับ)	จังหวัดมีการจัดทำรายชื่ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อเข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (๔ ระดับ)
มีการยกระดับเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือมีการซ้อมแผนปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่	นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) มาใช้จริงหรือการซ้อมแผนตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด	ตรวจสอบหลักฐาน - มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข - หรือมีรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านโรค/ภัยสุขภาพ ของหน่วยงาน โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	จังหวัดมี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่มีการยกระดับเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือ รายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านโรค/ภัยสุขภาพ ของหน่วยงาน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ตามแบบฟอร์ม Incident Action Plan (IAP) และ กรณีมีการ Activate EOC ต้องส่ง Weekly Report ให้ สคร. จนกว่าจะ Deactivate EOC	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒ และ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
๑. น.สพ.พรพิทักษ์ พันธุ์กล้า	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการกอง ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉิน สำนัก/กอง : กองควบคุม โรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒-๕๙๐๓๑๕๕ Mobile : ๐๘๒ ๖๕๘ ๔๘๘๕ e-mail : center.eocddc@gmail.com	กำกับตัวชี้วัด
๒. นางสุธิดา วรโชติธนนัน	ตำแหน่ง นักวิชาการวิเคราะห์ นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ สำนัก/กอง : กองควบคุม โรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒-๕๙๐๓๒๔๖ Mobile : ๐๘๕ ๒๔๖ ๙๖๕๒ e-mail : suwor@yahoo.com	จัดเก็บตัวชี้วัด
๓. นางอัญชลี สิทธิชัยรัตน์	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ สำนัก/กอง : กองควบคุม โรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒-๕๙๐ ๓๑๕๙ Mobile : ๐๘๑ ๓๕๖ ๑๗๙๑ e-mail : un_run@yahoo.com	จัดเก็บตัวชี้วัด
๔. น.ส.กীরติกานต์ กลัดสวัสดิ์	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สำนัก/กอง : กองควบคุม โรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒-๕๙๐ ๓๑๕๘ Mobile : ๐๘๑ ๖๙๘ ๙๘๖๖ e-mail : k.kiratikarn@gmail.com	จัดเก็บตัวชี้วัด
๕. น.ส.ศินีนาถ กุลวางศ์	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขปฏิบัติการ สำนัก/กอง : กองควบคุม โรคและภัยสุขภาพในภาวะ	Tel. ๐๒-๕๙๐ ๓๑๕๗ Mobile : ๐๘๑ ๑๖๕ ๓๗๓๑ e-mail : nuy_phnu@hotmail.com	จัดเก็บตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
	ฉุกฉิน กรมควบคุมโรค		
๖. น.ส.ธัญชา ไทยธนสาร	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขปฏิบัติการ สำนัก/กอง : กองควบคุม โรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกฉิน กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒-๕๕๐ ๓๑๕๗ Mobile : ๐๙๐ ๗๐๖ ๖๕๕๐ e-mail : milkthanatcha@gmail.com	จัดเก็บตัวชี้วัด

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
๑. นางสาวสุธิดา วรโชติธนนัน	ตำแหน่ง นักวิชาการวิเคราะห์ นโยบายและแผนชำนาญการ พิเศษ สำนัก/กอง : กองควบคุม โรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกฉิน กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒-๕๕๐๓๒๔๖ Mobile : ๐๘๕ ๒๔๖ ๙๖๕๒ e-mail : suwor@yahoo.com	กำกับตัวชี้วัด
๒. นางอัญชลี สิทธิชัยรัตน์	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ สำนัก/กอง : กองควบคุม โรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกฉิน กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒-๕๕๐ ๓๑๕๙ Mobile : ๐๘๑ ๓๕๖ ๑๗๙๑ e-mail : un_run@yahoo.com	จัดเก็บตัวชี้วัด
๓. น.ส.กิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สำนัก/กอง : กองควบคุม โรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกฉิน กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒-๕๕๐ ๓๑๕๘ Mobile : ๐๘๑ ๖๙๘ ๙๘๖๖ e-mail : k.kiratikarn@gmail.com	จัดเก็บตัวชี้วัด
๔. น.ส.ศินีนาถ กุลาวงศ์	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขปฏิบัติการ สำนัก/กอง : กองควบคุม โรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกฉิน กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒-๕๕๐ ๓๑๕๗ Mobile : ๐๘๑ ๑๖๕ ๓๗๓๑ e-mail : nuy_phnu@hotmail.com	จัดเก็บตัวชี้วัด
๕. น.ส.ธัญชา ไทยธนสาร	ตำแหน่งนักวิชาการ สาธารณสุขปฏิบัติการ สำนัก/กอง : กองควบคุม โรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกฉิน กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒-๕๕๐ ๓๑๕๗ Mobile : ๐๙๐ ๗๐๖ ๖๕๕๐ e-mail : milkthanatcha@gmail.com	จัดเก็บตัวชี้วัด

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑: การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

หัวข้อ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

คำนิยาม

๑. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ Fasting Blood Sugar (FBS) ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl หรือค่าระดับ Random Plasma Glucose (RPG) ๑๔๐-๑๙๙ mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ

๒ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง

๓. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ ในปีงบประมาณ

๔. การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่สถานบริการสาธารณสุขแล้ว

สูตรคำนวณตัวชี้วัด:

๑. $(A/B) \times 100$

A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ

B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา

๒. $(C/D) \times 100$

C = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

D = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

การคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป และการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑ (๖ เดือน)			
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ ๒.๐๕	<p><u>มาตรการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และการจัดการปัจจัยเสี่ยง (ระดับบุคคล)</u></p> <p>๑. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดปัจจัยเสี่ยง</p> <p>๒. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีค่าแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในคลินิกที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนให้ส่งดำเนินการที่คลินิก DPAC และติดตามวัดซ้ำ</p> <p>๓. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <p><u>มาตรการลดความเสี่ยงในประชาชน (ระดับประชากร)</u></p>	<p>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีที่ผ่านมา - ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) - ข้อมูลผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) - ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีงบประมาณปัจจุบัน <p>๒. กิจกรรมสำคัญ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีที่ผ่านมา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในคลินิกที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนให้ส่งดำเนินการที่คลินิก DPAC - ได้รับการบริการให้คำปรึกษา <p>๓. การติดตามผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในปีที่ผ่านมาที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลซ้ำ - กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในปีที่ผ่านมาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน 	<p>๑. ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง รวมถึงการประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง</p> <p>๒. ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีค่าแนะนำได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ≥ ร้อยละ ๕๐</p> <p>๓. ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ ๑๐</p>
- อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ ๓๐	<p>๑. การรณรงค์ สื่อสารสาธารณะเรื่องการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง</p> <p>๒. การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและการจัดการลดเสี่ยงในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น สถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุข และตำบลจัดการสุขภาพ Healthy Workplace เป็นต้น</p> <p>๓. การบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย บุหรี่ สุรา</p>	<p>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในอยู่ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง - ทะเบียนผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากการตรวจคัดกรอง - ทะเบียนผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน - ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 	

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		<p>๒. กิจกรรมสำคัญ กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านตามมาตรฐาน - สถานบริการมีแนวทางการบริการจัดการการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) <p>๓. การติดตามผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านแล้วระดับความดันโลหิตยังอยู่ในระดับที่สูง ได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์และติดตามผลการวินิจฉัย - กลุ่มสงสัยป่วยที่ส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง 	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒ (๑๒ เดือน)			
เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน \leq ร้อยละ ๒.๐๕	<p>มาตรการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และการจัดการปัจจัยเสี่ยง (ระดับบุคคล)</p> <p>๑. มีการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดปัจจัยเสี่ยง</p> <p>๒. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในคลินิกที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนให้ส่งดำเนินการที่คลินิก DPAC และติดตามวัดซ้ำ</p> <p>๓. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p>	<p>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีที่ผ่านมา - ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) - ข้อมูลผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) - ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีงบประมาณปัจจุบัน <p>๒. กิจกรรมสำคัญ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีที่ผ่านมา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในคลินิกที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนให้ส่งดำเนินการที่คลินิก DPAC - ได้รับการบริการให้คำปรึกษา <p>๓. การติดตามผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในปีที่ผ่านมาที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในคลินิกที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนให้ส่งดำเนินการที่คลินิก DPAC และตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลซ้ำ - กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในปีที่ผ่านมาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน 	<p>๑. ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ ๙๐</p> <p>๒. ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ ๙๐</p> <p>๓. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีที่ผ่านมา \leq ร้อยละ ๒.๐๕</p> <p>๔. ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ ๓๐</p>

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

การคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป และการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒ (๑๒ เดือน)			
<p>- อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน > ร้อยละ ๓๐</p>	<p><u>มาตรการลดความเสี่ยงในประชาชน</u> (ระดับประชากร)</p> <p>๑. การรณรงค์ สื่อสารสาธารณะเรื่องการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง</p> <p>๒. การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและการจัดการลดเสี่ยงในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น สถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุข และตำบลจัดการสุขภาพ Healthy Workplace เป็นต้น</p> <p>๓. มีการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย บุหรี่ สุรา</p>	<p>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในอยู่ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง - ทะเบียนผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากการตรวจคัดกรอง - ทะเบียนผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน - ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ <p>๒. กิจกรรมสำคัญ กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน ตามมาตรฐาน - กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีผลการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา - สถานบริการมีแนวทางการบริการจัดการการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) <p>๓. การติดตามผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านแล้วระดับความดันโลหิตยังอยู่ในระดับที่สูง ส่งต่อเพื่อพบแพทย์และติดตามผลการวินิจฉัย - กลุ่มสงสัยป่วยที่ส่งพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง 	

Small Success

ประเด็นโรค	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา	- เปรียบเทียบการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มประชากร อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป - ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงจากทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในปีที่ผ่านมา - กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ ๓๐	- กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ ๕๐	- กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ ๗๐	๑. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ ๙๐ ๒. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา \leq ๒.๐๕
อัตรากลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	- เปรียบเทียบการดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากร อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป	- อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ ๑๐	- อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ ๒๐	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ ๓๐

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

ผู้ประสานงานตัวชีวิตกรมควบคุมโรค:

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
๑. นางจรีพร คงประเสริฐ	ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๕ Mobile : ๐๘๑ ๓๔๑ ๕๔๐๘ e-mail : jurekong@gmail.com
๒. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๔ Mobile : ๐๘๖ ๓๘๓ ๙๓๘๗ e-mail : sripen_ncd@yahoo.com
๓. นางสาวณัฐวรรณ พันธุ์มุง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๗ Mobile : ๐๘๖ ๔๐๙ ๙๗๙๔ e-mail : nuttivan๒๕๑๖@hotmail.com

ผู้ประสานงานตัวชีวิตกรมอนามัย:

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
๑. นายชลพันธ์ ปิยถาวรอนันต์	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย	Tel. ๐ ๒๕๙๐๔๔๑๓ Mobile: ๐๙ ๘๒๖๓ ๙๕๙๑ e-mail: honlaphan.p@anamai.mail.go.th

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน:

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
๑. นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๘๗ Mobile: ๐๘๒ ๓๘๔ ๑๔๙๔ e-mail : rawi_jung๘๘๘@hotmail.com	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูง ในเขต รับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน และ อัตราผู้ป่วยเบาหวานราย ใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน
๒. นางสาวอลิสรา อยู่เลิศลพ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๘๗ Mobile: ๐๘๙ ๙๕๙ ๙๗๖๑ e-mail: alissara๒๕๕๙@gmail.com	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูง ในเขต รับผิดชอบได้รับการ วัดความดันโลหิตที่บ้าน
๓. นางสาววิญญา ผกาผล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๘๗ Mobile: ๐๘๖ ๙๗๓ ๓๐๕๓ e-mail: ploysaiwaranya@gmail.com	อัตราผู้ป่วยเบาหวานราย ใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้

คำนิยาม

๑. ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA_{1c} ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๗ mg% ใน
ปีงบประมาณที่วิเคราะห์

๒. ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกรวบรวมด้วยรหัสโรค ICD ๑๐ = E๑๐ -
E๑๔ และ Type area = ๑ และ ๓

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ
โรคเบาหวาน ๒๕๖๐ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่
เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๑ ให้ใช้แบบเดิม สำหรับในปี ๒๕๖๐ อาจมีการปรับเปลี่ยนตาม
มาตรฐานแนวปฏิบัติ

๓. ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP)
น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท. ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมี
โรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

๔. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ
วินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I๑๐ - I๑๕ และ Type area = ๑ และ ๓

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. เบาหวาน = $(A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่
ควบคุมได้

B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

๒. ความดันโลหิตสูง = $(C/D) \times ๑๐๐$

C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้
ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด

D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ (๖ เดือน)			
NCD Clinic Plus สถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วม รับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๑๐๐	การพัฒนาระบบบริการในการ ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง	<u>๑.ระบบข้อมูล</u> - ข้อมูลผลการประเมิน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ ในปี ๒๕๖๑ เพื่อเร่งรัด ขับเคลื่อน <u>๒.กิจกรรมสำคัญ</u> - มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย และถ่ายทอดให้รับทราบ ภายในเครือข่าย - มีแผนพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถาน บริการ - มีการประเมิน NCD Clinic Plus ของปี ๒๕๖๒ <u>๓.การติดตามผล</u> - ติดตามให้สถานบริการ สาธารณสุขเข้าร่วมรับการ ประเมิน NCD Clinic Plus - สถานบริการผ่านการประเมิน NCD Clinic Plus ในระดับที่ ขึ้นไป	สถานบริการสาธารณสุขเข้า ร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๑๐๐
<u>กลุ่มผู้ป่วย DM/HT เข้าถึงบริการ ดูแลรักษาครบทุกมิติ</u> ๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๓๐ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามค่า เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕๐	๑. มาตรการการพัฒนา คุณภาพระบบบริการ - จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน - การจัดบริการตามรูปแบบ การบริการป้องกันควบคุม DM/HT ๒. มาตรการให้ความรู้และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง ๓. มาตรการเร่งรัดติดตาม - ติดตามระดับน้ำตาลโดยการ ตรวจ HbA๑C - ติดตามระดับความดันโลหิต	<u>๑. ระบบข้อมูล</u> - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน รับ บริการที่สถานบริการ - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled) - ข้อมูลผลการวิเคราะห์รูปแบบ ของการควบคุมไม่ได้และปัจจัย สาเหตุของการที่ควบคุมไม่ได้ <u>๒. กิจกรรมสำคัญ</u> - ผู้ป่วยที่มาใช้บริการเป็นประจำ ได้รับบริการดูแลรักษา ตาม มาตรฐาน - ผู้ป่วยขาดนัด หรือมารับบริการ เพียงครั้งเดียว ต้องได้รับการ ค้นหาและติดตาม เพื่อเข้ารับ บริการและวิเคราะห์ปัญหา	๑. มีทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย ๒. แผนการให้บริการ DM/HT ๓. แผนการติดตามผู้ป่วย เพื่อให้มารับบริการในสถาน บริการสาธารณสุข ๓. แผนการติดตามการ ควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วย DM โดยการตรวจ HbA๑C และระดับความดันโลหิตใน ผู้ป่วย HT

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		รายบุคคล - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงและให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยง - มีการดำเนินงานการจัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT อย่างน้อย ๒ Intervention ๓. <u>การติดตามผล</u> - ติดตามระดับน้ำตาลในผู้ป่วย DM โดยการตรวจ HbA๑C - ติดตามระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย HT	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒ (๑๒ เดือน)			
<u>NCD Clinic Plus</u> สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับดีขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐	การพัฒนาระบบบริการในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑. <u>ระบบข้อมูล</u> - ข้อมูลผลการประเมิน NCD Clinic Plus ของสถานบริการในปี ๒๕๖๑ เพื่อเร่งรัดขับเคลื่อน ๒. <u>กิจกรรมสำคัญ</u> - มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย และถ่ายทอดให้รับทราบภายในเครือข่าย - มีแผนพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ - มีการประเมิน NCD Clinic Plus ของปี ๒๕๖๒ ๓. <u>การติดตามผล</u> - ติดตามให้สถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus - สถานบริการผ่านการประเมิน NCD Clinic Plus ในระดับดีขึ้นไป	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐
<u>กลุ่มผู้ป่วย DM/HT เข้าถึงบริการดูแลรักษาครบทุกมิติ</u> ๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq	๑. มาตรการการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ - จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	๑. <u>ระบบข้อมูล</u> - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน รับบริการที่สถานบริการ	๑. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ \geq ร้อยละ ๔๐ ๒. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ \geq ร้อยละ ๕๐

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>ร้อยละ ๔๐</p> <p>๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕๐</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดการบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT ๒. มาตรการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง ๓. มาตรการเร่งรัดติดตาม - ติดตามระดับน้ำตาลโดยการตรวจ HbA๑C - ติดตามระดับความดันโลหิต 	<ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled) - ข้อมูลผลการวิเคราะห์รูปแบบของการควบคุมไม่ได้และปัจจัยสาเหตุของการที่ควบคุมไม่ได้ ๒. <u>กิจกรรมสำคัญ</u> - ผู้ป่วยที่มีมารับบริการเป็นประจำ ได้รับการดูแลรักษา ตามมาตรฐาน - ผู้ป่วยขาดนัด หรือมารับบริการเพียงครั้งเดียว ต้องได้รับการค้นหาและติดตาม เพื่อเข้ารับบริการและวิเคราะห์ปัญหารายบุคคล - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงและให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยง - มีการดำเนินงานการจัดการบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT อย่างน้อย ๒ Intervention ๓. <u>การติดตามผล</u> - ติดตามระดับน้ำตาลในผู้ป่วย DM โดยการตรวจ HbA๑C - ติดตามระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วย HT 	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
๑.นางจรีพร คงประเสริฐ	รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๕ Mobile : ๐๘๑ ๓๔๑ ๕๔๐๘ e-mail : jurekong@gmail.com
๒.นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๔ Mobile : ๐๘๖ ๓๘๓ ๙๓๘๗ e-mail : sripen_ncd@yahoo.com
๓.นางสาวณัฐวรรณ พันธมุง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๓๙๘๗ Mobile : ๐๘๖ ๔๐๙ ๙๗๙๔ e-mail : nuttiwan๒๕๑๖@hotmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน:

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
๑.นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและ ประเมินผล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๗ Mobile: ๐๘๒ ๓๘๔ ๑๔๙๔ e-mai : rawi_jung๘๘๘@hotmail.com	ร้อยละผู้ป่วย โรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิต สูงควบคุมได้
๒.นางสาวรัญญา ผกาผล	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๗ Mobile: ๐๘๖ ๙๗๓ ๓๐๕๓ e-mail: ploysaiwaranya@gmail.com	ร้อยละผู้ป่วย โรคเบาหวาน ควบคุมได้
๓.นางสาวอลิสรา อยู่เลิศลพ	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๗ Mobile: ๐๘๙ ๙๕๙ ๙๗๖๑ e-mail: alissara๒๕๕๙@gmail.com	ร้อยละโรคความดัน โลหิตสูงควบคุมได้

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

หัวข้อ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

คำนิยาม : โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับพื้นฐาน	
ขั้นตอนที่ ๑ การสร้างกระบวนการพัฒนา	
๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	
ขั้นตอนที่ ๒ จัดกิจกรรม GREEN	
G: GARBAGE	๒. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ ๓. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ
R: RESTROOM	๔. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก
E: ENERGY	๕. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
E: ENVIRONMENT	๖. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ ๗. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
N: NUTRITION	๘. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของ กรมอนามัย ในระดับดีมาก ๙. ร้อยละ ๑๐๐ ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ๑๐. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
ระดับดี	
	๑๑. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ ๑๒. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
ระดับดีมาก	
	๑๓. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน ๑๔. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

ระดับดีมาก Plus	
	๑๕. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
	๑๖. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้น พัฒนาขึ้นไป

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

รายการข้อมูล

- A๑ = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน
A๒ = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดี
A๓ = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
A๔ = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
C = จำนวนจังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ในเขตสุขภาพ
D = จำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ

สูตรคำนวณ

๑. $((A๑+A๒+A๓+A๔)/B) \times ๑๐๐$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป
๒. $((A๒+A๓+A๔)/B) \times ๑๐๐$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป
๓. $((A๓+A๔)/B) \times ๑๐๐$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป
๔. $(A๔/B) \times ๑๐๐$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
๕. $(C/D) \times ๑๐๐$ = ร้อยละของจำนวนจังหวัดในเขตที่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑			
โรงพยาบาลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมาย มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนและเจ้าหน้าที่	๑. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเอง และวางแผนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ฯ รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะในด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ๒. เขตสุขภาพมีการจัดทำฐานข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลในพื้นที่เพื่อ	๑. มีรายงานผลการประเมินตนเอง และแผนการพัฒนาโรงพยาบาล/บุคลากร ๒. มีฐานข้อมูล และการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาของรพ. สังกัด สธ. ในพื้นที่ มีแผนสนับสนุนการพัฒนา และการประเมิน (Re-accreditation) ๓. มีการบูรณาการความร่วมมือในพื้นที่เพื่อร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาล	๑. โรงพยาบาล มีการทบทวนผลการดำเนินงาน เพื่อประกันคุณภาพในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีทีมงานที่มีความรู้ทักษะ ๒. มีการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลในภาพรวมอย่างบูรณาการและมีประสิทธิภาพ โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา และนำไปจัดทำแผนการขับเคลื่อน สนับสนุน และกำกับติดตาม

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	วางแผนสนับสนุนการพัฒนา ยกระดับ และการประเมิน (Re-accreditation) ๓. มีการบูรณาการความ ร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่เพื่อร่วมขับเคลื่อนการ พัฒนาโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ๔. มีการตรวจประเมิน และสนับสนุนการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital ให้ เป็นไปตาม Small Success	๔. มีการตรวจประเมิน Re- accreditation และการ ประเมินเพื่อยกระดับการพัฒนา มีการพัฒนา GREEN& CLEAN Hospital เป็นไปตาม Small Success	๓. มีการบูรณาการเพื่อร่วม ขับเคลื่อนการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital เชิง คุณภาพ และเป็นไปตาม Small Success
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒			
โรงพยาบาลมีการพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อม ตาม กฎหมาย มาตรฐานที่ เกี่ยวข้อง และมีสภาพ แวดล้อมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพดีของประชาชน และ เจ้าหน้าที่	๑. มีการทบทวน วิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค ปัจจัย ความสำเร็จ ในระยะที่ผ่านมา และจัดทำแผนพัฒนาให้ เหมาะสมกับสถานการณ์อย่าง ต่อเนื่อง ๒. มีการบูรณาการความ ร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่เพื่อร่วมขับเคลื่อนการ พัฒนาโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ๓. มีการตรวจประเมิน การเยี่ยมเสริมพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงคุณภาพ และสนับสนุนการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital ให้เป็นไปตาม Small Success	๑. มีการวิเคราะห์ข้อมูลการ ดำเนินงานที่ผ่านมา และปรับ แผนการดำเนินงานเพื่อให้ สอดคล้องกับสถานการณ์ ๒. มีการบูรณาการความร่วมมือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อร่วมขับเคลื่อน และ สนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาล ๓. มีการตรวจประเมิน และ สนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาล GREEN& CLEAN Hospital เป็นไปตาม Small Success	๑. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข เป็นต้นแบบในการ จัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อ การมีสุขภาพดีของประชาชน และเจ้าหน้าที่ สามารถเป็น แบบอย่างให้แก่ประชาชน และ setting อื่นๆ

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามา สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการ ส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม (DOH Dashboard)	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย http://dashboard.anamai.moph.go.th/

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ทุกจังหวัดมีแผนในการ ขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	๑.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ ๒.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๘๐	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๘๕	๑.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๔๐ ๒.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อย จังหวัดละ ๑ แห่ง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
นางปรียานุช บุรณะภักดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๒๖๑ Fax. ๐๒ ๕๙๐ ๔๒๕๕ e-mail : preeyanuch.b@anamai.mail.go.th
นางสาวมลฤดี ตรีวิชัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๒๕๓ Fax ๐๒ ๕๙๐ ๔๒๕๕ e-mail : monrudee.t@anamai.mail.go.th

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
นางพรสุดา ศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๓๑๗ Fax ๐๒ ๕๙๐ ๔๒๕๕ e-mail : pornsuda.s@anamai.mail.go.th
นายเชิดศักดิ์ โกศลวัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๒๕๓ Fax ๐๒ ๕๙๐ ๔๒๕๕ e-mail : chirdsak.k@anamai.mail.go.th

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

หัวข้อ : การดำเนินงานโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

ตัวชี้วัดตรวจราชการ (ตัวชี้วัดภายใต้หัวข้อ) : จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

คำนิยาม

ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่บริโภคยาสูบภายในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิงในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา อย่างน้อย ๖ เดือน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) = จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
ประชาชนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ๓ ล้านคน (สะสม)	๑. ถ่ายทอดนโยบาย แนวทาง และองค์ความรู้ให้กับ อสม. ๒. อสม. ที่สูบบุหรี่ทุกคนเข้าร่วมโครงการฯ ๓. อสม. สํารวจ ค้นหาผู้สูบบุหรี่ ขอให้เข้าร่วมโครงการฯ (อสม. ๑ คน ต่อ ผู้สูบบุหรี่ ๓ คน) ๔. อสม. ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ ผ่านแบบ อสม.๑ ให้ รพ.สต. เพื่อเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและเจ้าหน้าที่รายงานผ่านระบบ HDC ๕. ขับเคลื่อนกิจกรรมรณรงค์เลิกบุหรี่ในชุมชน ๖. อสม. ติดตามและรายงานผลการเลิกสูบบุหรี่ทุกเดือนผ่านแบบ อสม. ๑ และเจ้าหน้าที่รายงานผ่านระบบ HDC	๑. การกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจนระดับจังหวัด ๒. วิธีการถ่ายทอดนโยบาย แนวทาง และองค์ความรู้ให้กับ อสม. ๓. การจัดระบบบริการบำบัดรักษา ฟื้นฟูให้กับผู้สูบบุหรี่ฯ ๔. การติดตามความก้าวหน้าและรายงานผล	ผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี จำนวน ๓ ล้านคน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
ประชาชนเลิกสูบบุหรี่ ๓ ล้านคน	๑. อสม. สํารวจ ค้นหาผู้สูบบุหรี่ ขอให้เข้าร่วมโครงการฯ ต่อเนื่อง ๒. อสม. ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ ผ่านแบบ อสม.๑ ให้ รพ.สต. เพื่อเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและเจ้าหน้าที่รายงานผ่านระบบ HDC ๓. ขับเคลื่อนกิจกรรมรณรงค์เลิกบุหรี่ในชุมชน ๔. อสม. ติดตามและรายงานผลการเลิกสูบบุหรี่ทุกเดือนผ่านแบบ อสม. ๑ และเจ้าหน้าที่รายงานผ่านระบบ HDC	๑. การจัดระบบบริการบำบัดรักษา ฟื้นฟูให้กับผู้สูบบุหรี่ฯ ๒. การติดตามความก้าวหน้าและรายงานผล	คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ครบ ๖ เดือน จำนวน ๓ ล้านคน

Quick Win

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน ๑ ล้านคน (สะสม)	มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน ๓ ล้านคน (สะสม)	คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ จำนวน ๑ ล้านคน (สะสม)	คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ จำนวน ๓ ล้านคน (สะสม)

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (Special pp)	https://hdcservice.moph.go.th

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ	ตำแหน่ง รองอธิบดี กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	Tel. ๐ ๒๑๕๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๐๖ Mobile ๐ ๘๑ ๘๐๑ ๘๘๘๖ e-mail: joongpank@yahoo.com	
ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน	ผู้อำนวยการกองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน		
นายแพทย์อัศพรพล คุรุศาสตร์	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร	Tel. ๐๒ ๑๕๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๖	
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	ร.ก.นักวิชาการสาธารณสุข เชี่ยวชาญ (ด้านสุขภาพภาค ประชาชน)	Tel. ๐๒ ๑๕๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๖ Mobile ๐ ๘๑๘๖๘ ๑๐๔๒ e-mail : khunchaik@gmail.com	
นางศุภกัญญา ภาวังคะรัต	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	Tel. ๐ ๒๑๕๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๒ Mobile ๐ ๘๑๗๐ ๑๓๐๐๖ e-mail : cherryphc@gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน	ผู้อำนวยการกองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน		
นายแพทย์อัศพรพล คุรุศาสตร์	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร	Tel. ๐๒ ๑๕๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๖	
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	ร.ก.นักวิชาการสาธารณสุข เชี่ยวชาญ (ด้านสุขภาพภาค ประชาชน)	Tel. ๐๒ ๑๕๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๖ Mobile ๐ ๘๑๘๖๘ ๑๐๔๒ e-mail : khunchaik@gmail.com	
นางศุภกัญญา ภาวังคะรัต	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	Tel. ๐ ๒๑๕๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๒ Mobile ๐ ๘๑๗๐ ๑๓๐๐๖ e-mail : cherryphc@gmail.com	

คณะที่ ๒

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

๑. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

- ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
- ๑.๒ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
- ๑.๓ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม

๒. การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ

- ๒.๑ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

๓. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

๓.๑ Service Outcome

- ๓.๑.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละโรงพยาบาลที่มีระบบ AMR อย่างบูรณาการ
- ๓.๑.๒ ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ ได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate)
- ๓.๑.๓ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
- ๓.๑.๔ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
- ๓.๑.๕ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
- ๓.๑.๖ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr (๖๖%)
- ๓.๑.๗ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
- ๓.๑.๘ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๓.๒ Health Outcome

- ๓.๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๓.๒.๒ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis
- ๓.๒.๓ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

๔. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

- ๔.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ใน รพ.ระดับ A,S,M๑ เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ

(คกต.) คณะที่ ๒

ประเด็นและตัวชี้วัดการตรวจราชการที่มุ่งเน้น
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

หัวข้อ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

คำนิยาม : การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและการประเมินระดับจังหวัด

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๘๗๘ แห่ง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทุกอำเภอ (๘๗๘ อำเภอ)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล การรายงาน

แหล่งข้อมูล สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนอำเภอ ๘๗๘ แห่ง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๓ และ ๔

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
มีการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น ครบทุกอำเภอ	กลไกสนับสนุนระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ ในการขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	๑.มีนโยบายสนับสนุนการขับเคลื่อนพชอ.ของผู้ตรวจราชการและ นพ.สสจ. ๒.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต	๑.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็น ๒.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด หรือมีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุก

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ๓.จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่	ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
<p>๑.มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครบทุกอำเภอ</p> <p>๒.มีผลการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/เขต ครบทุกอำเภอ</p>	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม</p> <p>เสริมสร้างศักยภาพ พขอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน</p>	<p>๑.จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนาเพื่อการขับเคลื่อนบูรณาการการทำงานร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๒.จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง</p> <p>๓ ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๔ สรุปรทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๑. ดำเนินการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</p> <p>๒. ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๓.สรุปรผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง</p> <p>๔.สนับสนุนและส่งเสริมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในอำเภอเดียวกันเป็นบทบาทสำคัญเพื่อให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของ</p>	<p>มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต ร้อยละ ๖๐</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		วัฒนธรรมท้องถิ่น	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
มีการประชุม คัดเลือก ประเด็นที่สำคัญตามบริบทใน พื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพชีวิตมาดำเนินการ พัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่าง น้อย ๒ ประเด็น	- มีคณะทำงาน วางแผน กำหนดแนวทางในการ ขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิตตามพื้นที่ กำหนด - มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต	มีการเยี่ยมเสริมพลังและ ประเมินผลการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ตาม แนวทาง UCCARE โดยการ ประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับ จังหวัดและเขต	อำเภอมีการดำเนินการและ ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณภาพการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต ร้อยละ ๖๐

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนัก/กอง สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ	ผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ	Tel:๐๒ ๕๕๐ ๑๒๓๘ Mobile:๐๙๓๖๓๖๕๕๕๙ e-mail: yyt๒๕๐๘@gmail.com	พขอ.
นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	ผู้อำนวยการ สำนักบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย	Tel:๐๒ ๕๕๐ ๑๒๓๘ Mobile: ๐๘๑ ๙๒๓ ๐๕๓๖ e-mail:swiriya๐๔@yahoo.com	พขอ.
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	รองผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ	Tel:๐๒ ๕๕๐ ๑๒๓๘ Mobile:๐๘๑ ๙๒๓ ๐๕๓๖ e-mail:peed.pr@hotmail.com	พขอ.

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ	ผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ	Tel: ๐๒ ๕๙๐ ๑๒๓๘ Mobile: ๐๙๓๖๓๖๕๕๕๙ e-mail: yyt๒๕๐๘@gmail.com	พขอ.
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	รองผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ	Tel: ๐๒ ๕๙๐ ๑๒๓๘ Mobile: ๐๘๑ ๙๒๓ ๐๕๓๖ e-mail: peed.pr@hotmail.com	พขอ.
นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพวิถีชีวิตไทย	Tel: ๐๒ ๕๙๐ ๑๒๓๘ Mobile: ๐๘๑ ๑๓๑ ๖๘๐๐ e-mail: auam๒๗๐๒@gmail.com	พขอ.

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) จากจำนวน ๑,๑๗๐ ทีม

คำนิยาม : คลินิกหมอครอบครัว คือ ระบบบริการที่ประชาชนมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแล ให้บริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว คือดูแลแต่แรกแบบองค์รวม เบ็ดเสร็จ ต่อเนื่อง ทั้งเชิงรับและเชิงรุก บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี เพื่อประชาชนมีสุขภาพที่ดี บนหลักการสร้างนำซ่อม เพิ่มคุณภาพบริการ และใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่าประหยัดเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

ในปี ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุขเริ่มนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยใช้รูปแบบของคลินิกหมอครอบครัวซึ่งเป็นการต่อยอดจากนโยบายทีมหมอครอบครัว และมีร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙) ตั้งเป้าขยายเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ ภายใน ๑๐ ปีข้างหน้า โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ๖,๕๐๐ คน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ หมวด ข. ได้กำหนดว่า ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมและได้จัดให้มีแผนปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิขึ้น โดยเนื้อหาของแผนปฏิรูปฉบับดังกล่าว ได้กำหนดให้ใช้คลินิกหมอครอบครัวเป็นรูปแบบหลัก (Main Platform) ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อบรรลุเป้าหมาย หลักการสำคัญ คือ การนำจุดแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีอยู่เดิมเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะให้กับบริการปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมุ่งเน้นให้ดูแลประชาชนเป็นศูนย์กลางให้เกิดประสิทธิผล รวมถึงบูรณาการระบบบริการในระดับต่าง ๆ ไปพร้อมกับสร้างกลไกการบริหารจัดการให้เป็นระบบสนับสนุนและเอื้อให้เข้ากับการดูแล “คน” มากกว่าดูแลตาม “งาน” ทำให้ประชาชนรู้เท่าทันสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพจนสามารถดูแลตนเองได้อย่างดีโดยมีแนวทางในการปรับรูปแบบบริการที่มุ่งเน้นคุณค่า (Value based intervention) เพิ่มเทคโนโลยีเข้ามาเพิ่มประสิทธิภาพและลดภาระงานลง ทำให้การบริหารจัดการทรัพยากรเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล โดยกำหนดเป้าหมายเป็นเป้าหมายระยะยาวของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ซึ่งมีที่มาจากกรอบแนวคิดเป้าหมายหลัก หรือ Triple Aim ของสถาบันพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement : IHI) คือ ระบบการดูแลสุขภาพอันจะได้ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนต้องมีการพัฒนาใน ๓ มิติประสงค์ ได้แก่

๑. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ทั้งคุณภาพและความพึงพอใจ (Improving patient care)
๒. เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน (Improving the health of populations)
๓. เพื่อค่าใช้จ่ายที่ลดลง (Reducing cost)

การดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ให้มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกหอบหืดอย่างต่อเนื่อง โดยมีการตั้งเป้าหมาย ๒ ด้าน คือ การจัดให้มีคลินิกหอบหืด ซึ่งจะมีการพัฒนาใน ๒ ด้าน คือเชิงปริมาณเป็นการจัดตั้งคลินิกหอบหืด และเชิงคุณภาพ คือการจัดให้มีคลินิกหอบหืดต้นแบบในทุกเขตบริการสุขภาพ ทั้งนี้การจัดตั้งคลินิกหอบหืดใหม่ในเชิงปริมาณนั้นได้อาศัยการคำนวณเป้าหมายจากจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบการศึกษาและจำนวนแพทย์ที่ได้ผ่านการอบรมระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับปฏิบัติงานในคลินิกหอบหืดในระยะเวลา ๒ ปีงบประมาณที่ผ่านมาและยังไม่ได้เปิดดำเนินการคลินิกหอบหืดซึ่งจะได้ชี้แจงรายละเอียดต่อไป อีกประเด็นสำคัญที่จะเป็นส่วนเติมเต็มการพัฒนาคลินิกหอบหืดคุณภาพ คือ การพัฒนาศักยภาพของทีมนิสิตวิชาชีพอาศัยการดำเนินการของศูนย์เรียนรู้ที่ได้จัดตั้งอย่างเป็นทางการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีการดำเนินการได้ครบทุกเขตบริการสุขภาพทั้ง ๑๓ เขตเรียบร้อยแล้ว และในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ นี้จะได้พัฒนาศักยภาพของศูนย์เรียนรู้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การจัดตั้งคลินิกหอบหืด ความสำเร็จในการจัดตั้งคลินิกหอบหืดกับแผน ๑๐ ปี ในการจัดตั้งคลินิกหอบหืด
๒. ผลการประเมินการจัดตั้งคลินิกหอบหืด (๓S) จำนวนทีมนิสิตวิชาชีพ การดำเนินงาน (Function) โอกาสพัฒนา/ปัญหา/อุปสรรค
๓. กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกหอบหืด
 - แผนการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน
 - แผนการพัฒนาและยกระดับสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
 - แผนการพัฒนาสหวิชาชีพ
๔. การประเมินตนเองของทีมนิสิตวิชาชีพในการพัฒนาบริการ ความรู้ความเข้าใจในเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหอบหืด การจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หลักการมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based health care) ในเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพด้วย Triple Aims

เป้าหมายคลินิกหอบหืดระดับเขตสุขภาพ

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ พิจารณาจากเป้าหมายการจัดสรรพื้นที่ที่เปิดดำเนินการคลินิกหอบหืดจากข้อมูลแพทย์ที่ผ่านการอบรมระยะสั้นและแพทย์ที่จบการศึกษา ปี ๒๕๖๑ ตามประกาศราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

เขตสุขภาพ	แพทย์จบใหม่ยังไม่เปิด PCC	แพทย์สอบ อว./วว.	รวมจำนวนแพทย์	กระจายเป้าหมาย
๑	๔๖	๓๑	๗๗	๔๖
๒	๘๒	๑๔	๙๖	๕๘
๓	๓๖	๙	๔๕	๒๗
๔	๓๓	๗	๔๐	๒๔
๕	๖๒	๑๑	๗๓	๔๔
๖	๓๖	๖	๔๒	๒๕

เขต สุขภาพ	แพทย์จบใหม่ยังไม่ เปิด PCC	แพทย์สอบ อว./วว.	รวมจำนวนแพทย์	กระจายเป้าหมาย
๗	๔๐	๑๐	๕๐	๓๐
๘	๓๔	๗	๔๑	๒๕
๙	๔๗	๑๕	๖๒	๓๗
๑๐	๔๓	๑๙	๖๒	๓๗
๑๑	๒๘	๗	๓๕	๒๑
๑๒	๔๗	๑๗	๖๔	๓๘
รวม	๕๓๔	๑๕๓	๖๘๗	๔๑๒

(เขตสุขภาพ พิจารณาจัดสรรเป้าหมายรายจังหวัดตามแต่ละพื้นที่)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดให้บริการตามเกณฑ์ (A/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ (ยอดสะสมที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ๓S ของปีที่ประเมิน)

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนทีมบริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมายตามแผนการจัดตั้งรายปี (ประจำปี ๒๕๖๒ จำนวนรวม ๑,๑๗๐ ทีม)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
๑.จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ	- พัฒนารูปแบบการจัดการบริการ - เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	- พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ - การจัดการที่สอดคล้องกับหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและเกณฑ์มาตรฐานการจัดตั้ง	- ผู้บริหารทุกระดับเข้าใจนโยบาย PCC และสามารถดำเนินการอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท - พื้นที่ต้นแบบ PCC ระดับเขต ๑๒ แห่ง - PCC ประเมินตนเอง (๓S) - มีการศึกษาดูงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่ PCC ต้นแบบ
	- พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน	- มีแผนการผลิตแพทย์อบรมระยะสั้น - มีแผนการพัฒนาศัลยภาพสหวิชาชีพ	- PCC ผ่านการประเมินรับรองของจังหวัด/เขตสุขภาพ - PCC ขยายผลพื้นที่ต้นแบบเพิ่ม ๑ แห่ง/เขตสุขภาพ - ประชาชนรู้จักทีมหมอครอบครัว ๕๐% - มีคลินิกหมอครอบครัว (ผ่านเกณฑ์ ๓S) ๑,๑๗๐ ทีม (สะสม)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
๒.กลไกการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนระบบการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว ได้	- เกิดการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ - มีการพัฒนาระบบสนับสนุน	- ติดตามการบริหารจัดการครุภัณฑ์ PCC - ติดตามแผนและแนวทางการใช้งบสนับสนุน สปสช. - การจัดการที่สอดคล้องกับหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	- PCC ทั้งระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด มีแผนการจัดตั้งและการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ - มีกรอบมาตรฐานครุภัณฑ์ PCC และแผนการจัดหา - มีแผนการใช้งบประมาณและงบจัดสรร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
อย่างมี ประสิทธิภาพใน ระดับเขตบริการ และระดับจังหวัด		และเกณฑ์มาตรฐานการจัดตั้ง	สปสข. (ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ ประจำครอบครัว) อย่างมีประสิทธิภาพ - มีการประเมินผลการดำเนินงาน PCC

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : การพัฒนาศูนย์เรียนรู้ และการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ ระดับ
ความสำเร็จการดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์หลัก	ขั้นการประเมิน (คะแนน)			
	๑	๒	๓	๔
คณะกรรมการ	มี	มี	มี	มี
จุดปฏิบัติการและ รูปแบบการ บริหารจัดการ	-มีจุดปฏิบัติการ -มีฐานข้อมูลการ ลงทะเบียนคลินิกหมอ ครอบครัวในเขต -มีแผนปฏิบัติการ	-มีจุดปฏิบัติการ -มีฐานข้อมูลการ ลงทะเบียนคลินิกหมอ ครอบครัวในเขต -มีแผนปฏิบัติการ -มีการรับงบประมาณ จากแหล่งต่างๆ	-มีจุดปฏิบัติการ -มีฐานข้อมูลการ ลงทะเบียนคลินิกหมอ ครอบครัวในเขต -มีข้อมูลคุณภาพการ ดำเนินงานของคลินิก หมอบรรณ ครัวของ เขต -มีแผนปฏิบัติการ -มีการรับงบประมาณ จากแหล่งต่างๆ	-มีจุดปฏิบัติการ -มีฐานข้อมูลการ ลงทะเบียนคลินิกหมอ ครอบครัวในเขต -มีข้อมูลคุณภาพการ ดำเนินงานของคลินิก หมอบรรณ ครัวของเขต -มีแผนปฏิบัติการ -มีการรับงบประมาณ จากแหล่งต่างๆ
กิจกรรม	มีกิจกรรมหลักอย่างน้อย ๓ ใน ๕ ประเภท	มีกิจกรรมหลักอย่างน้อย ๔ ใน ๕ ประเภท	มีกิจกรรมหลักครบทั้ง ๕ ประเภท	มีกิจกรรมหลักครบทั้ง ๕ ประเภท
ผลลัพธ์	-มีเครือข่ายที่ ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ครบทุกสาขา	-มีเครือข่ายที่ ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ครบทุกสาขา -มีการสนับสนุนการ ขยายหรือพัฒนา คุณภาพพื้นที่ต้นแบบ	-มีเครือข่ายที่ ประกอบด้วยสห วิชาชีพครบทุกสาขา -มีการสนับสนุนให้ เกิดการขยายหรือการ พัฒนาคุณภาพพื้นที่ ต้นแบบ - สามารถขับเคลื่อน เครือข่ายให้เกิดผล งานทางวิชาการ	-มีเครือข่ายที่ ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ครบทุกสาขา -มีการสนับสนุนการ ขยายพื้นที่ต้นแบบ - สามารถขับเคลื่อน เครือข่ายให้เกิดผลงาน ทางวิชาการหรือมี ผลงานร่วมกับภาคี เครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุข

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	PCC ที่เปิดดำเนินการใหม่ ๕๐%		PCC ที่เปิดดำเนินการใหม่ ๑๐๐% (มีเป้าหมายสะสม ๑,๑๗๐ ทีม)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address
นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง	รองผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๐๒-๕๕๐๑๙๓๘ Planpcc@gmail.com
พญ.ดวงดาว ศรียากุล	นายแพทย์ชำนาญการ	๐๘๑-๕๓๓๒๗๒๔ Duangdao๑๗๐@gmail.com
ดร.ชัยณรงค์ สังข์จำง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๙๘-๙๔๑๑๘๙๔ Chainarong_s@yahoo.com

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของ รพ.สต.ติดดาว ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

คำนิยาม

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)

๒. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว ที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม ๓) บุคลากรดี ๔) บริการดี และ ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี

หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด ๕ ผลลัพธ์

โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

ร้อยละ ๖๐.๐๐-๖๙.๙๙ เท่ากับ ๓ ดาว

ร้อยละ ๗๐.๐๐-๗๙.๙๙ เท่ากับ ๔ ดาว

ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป เท่ากับ ๕ ดาว

๓. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว อย่างน้อย ๓ ดาว = $(A+B+C)/D \times 100$

เมื่อ A = จำนวน รพ.สต. ระดับ ๕ ดาว (สะสม)

B = จำนวน รพ.สต. ระดับ ๔ ดาว (สะสม)

C = จำนวน รพ.สต. ระดับ ๓ ดาว (สะสม)

D = จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด ๙,๘๖๓ แห่ง

ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว = $A/D \times 100$

เมื่อ A = จำนวน รพ.สต. ระดับ ๕ ดาว (สะสม)

D = จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด ๙,๘๖๓ แห่ง

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นรอบที่ ๑			
๑) ทุกอำเภอแต่งตั้งทีม พี่เลี้ยง และทีมประเมิน ระดับจังหวัด ๑ ทีม ๑ อำเภอ	๑) มีคำสั่งแต่งตั้งทีม พี่เลี้ยง และการให้ คำแนะนำและ สนับสนุนทรัพยากรของ ทีมพี่เลี้ยง	๑) จำนวนอำเภอที่มีทีมพี่ เลี้ยงตัวเข้มเพื่อเตรียม รับการประเมิน	๑) ทุกอำเภอมีทีมพี่เลี้ยงให้ คำแนะนำและสนับสนุน ทรัพยากรในส่วนที่ขาด เพื่อรองรับการประเมิน
๒) ทุกเขตมีการอบรม ครู ข อย่างน้อย เขตละ ๑ ครั้ง	๒) ครู ข ทุกเขตสุขภาพ ได้รับการอบรม	๒) จำนวนเขตที่จัดอบรม พัฒนาศักยภาพ ครู ข ระดับเขต	๒) ทุกเขตสุขภาพมีครู ข ใน การสนับสนุนการการ ประเมินตามเกณฑ์ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นรอบที่ ๒			
๑) รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐	๑) พัฒนา รพ.สต.ที่ยังไม่ ผ่านเกณฑ์ประเมิน ตนเองให้มีคุณภาพ อย่างน้อยระดับ ๓ ดาว	๑) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ ผ่านเกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต.ติด ดาว ระดับ ๓ ดาว	๑) รพ.สต.มีการพัฒนา ผ่าน เกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐
๒) รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ ๕ ดาว สะสม ร้อยละ ๖๐	๒) พัฒนา รพ.สต. ที่ผ่าน เกณฑ์คุณภาพระดับ ๓-๔ ดาว เป็น ระดับ ๕ ดาว	๒) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ ผ่านเกณฑ์พัฒนา คุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ ๕ ดาว (สะสม)	๒) รพ.สต.มีการพัฒนา ผ่าน เกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ ๕ ดาว สะสม ร้อยละ ๖๐

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑) ประชุมชี้แจงนโยบาย (Kickoff) ระดับประเทศ	๑) อบรมครู ข ทุกเขตอย่างน้อย เขตละ ๑ ครั้ง	๑) ทุก รพ.สต. มีทีมพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำและสนับสนุนทรัพยากรในส่วนที่ขาดแคลนเพื่อรับการประเมิน	๑) รพ.สต. ร้อยละ ๑๐๐ ได้รับการประเมิน รพ.สต. ตีตกดาว ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต
๒) ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทีมประเมิน ระดับเขต (ครู ก)	๒) แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยง/ทีมประเมินระดับจังหวัด ๑ ทีม ๑ อำเภอ	๒) รพ.สต. ร้อยละ ๑๐๐ (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเองและพัฒนา	๒) รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตกดาว ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐
๓) มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพเกณฑ์ รพ.สต. ตีตกดาว ปี ๒๕๖๒	๓) ทีมพี่เลี้ยงตัวเข้มทุก รพ.สต. เพื่อเตรียมรับการประเมิน	๓) รพ.สต. ร้อยละ ๘๐ ได้รับการประเมิน รพ.สต. ตีตกดาว ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต	๓) รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตกดาว ระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๖๐ (สะสม)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ email address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
น.ส.อัญญา โสภณ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	annsopon@gmail.com	รพ.สต. ตีตกดาว

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ email address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์	นายแพทย์ชำนาญการ พิเศษ	Mobile. ๐๘๘-๗๑๑-๐๔๒๑ nim.sittisak@hotmail.co.th	สรุปผลการดำเนินงาน ระดับประเทศ
น.ส.อัญญา โสภณ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	Tel. ๐๒-๕๕๐-๑๑๒๑ Mobile. ๐๙๘-๙๒๓-๖๖๔๙ annsopon@gmail.com	สรุปผลการดำเนินงาน ระดับประเทศ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕)

๑.การวิเคราะห์สถานการณ์

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น ๓ กลุ่มได้แก่ ๑) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราผู้ป่วยวัณโรคสูง (TB) ๒) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ ๓) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทย เป็น ๑ ใน ๑๔ ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง ๓ กลุ่มดังกล่าวมา โดยปีพ.ศ.๒๕๕๙ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า ๑๐ ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๘ (๒๐๓๕)

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานโดยมีมาตรการหลักในการจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้น จำเป็นต้อง (๑) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ ๙๐ ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ (๒) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุมร้อยละ ๙๐ (๓) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center care) ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ ด้วยผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายทั้ง ๓ ที่สำคัญนี้ จะส่งผลให้อุบัติการณ์วัณโรคลดลงอย่างรวดเร็วสู่เป้าหมายยุติวัณโรคได้

ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ ๑๐๘,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๑๕๖ ต่อประชากรแสนคน (WHO, Global TB Report ๒๐๑๘) การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคนั้น ประเทศไทยต้องมีอัตราการลดอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ ๑๒.๕ ต่อปี ในขณะที่ปัจจุบันระยะ ๑๕ ปีที่ผ่านมาอัตราการลดลงของอุบัติการณ์เพียงร้อยละ ๒.๗ ต่อปี จากผลการดำเนินงานวัณโรคที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายสำคัญ เช่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ๖๘,๑๔๖ ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ ๗๔

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น การดำเนินงานวัณโรคของไทย พบปัญหาทั้งการวินิจฉัยและตรวจพบผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๗๔ ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่คาดประมาณ อีกทั้งผลการรักษายังต้องเพิ่มความสำเร็จการรักษาให้สูงขึ้น ดังนั้นแผนงานควบคุมวัณโรคจึงกำหนดแนวทางการควบคุมโรคโดยมุ่งเน้น “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบและเครือข่าย นโยบายมุ่งมั่น สร้างสรรค์นวัตกรรม” ทั้งผู้ป่วยวัณโรคที่ไวต่อยา (Drug Susceptible TB:DS-TB) และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (Drug Resistant-TB:DR-TB) รวมทั้งการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอ็ดส์เป็นสำคัญ

๒. ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

อัตราการสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕

๓. เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการ
๑	อัตราการสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒) ในภาพของประเทศและพื้นที่	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕
๒	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๒.๕ ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๖/แสนประชากร)

๔. มาตรการดำเนินงานที่สำคัญ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ มีผลสำเร็จของการรักษา ร้อยละ ๘๒.๘ ๘๔.๒ และ ๘๔.๔ ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ ๘.๕ ๘.๙ และ ๘.๗ ตามลำดับ ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากปัจจัยสำคัญ ๓ ประการ คือ (๑) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาสูง (๒) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (๓) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา การพัฒนานวัตกรรมและมาตรฐานระบบการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข และการนำผู้ติดเชื้อวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการการรักษาที่ได้มาตรฐาน จะทำให้เกิดผลสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค และยังเป็น การควบคุมโรค โดยตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และป้องกันเชื้อวัณโรคดีดื้อยา จึงนำมาสู่การกำหนด ๓ มาตรการ ในการเร่งรัดอัตราการสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

มาตรการที่ ๑ ลดเสียชีวิต

ประกอบด้วย มาตรการ ๕ ด้าน คือ

- เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย
- ส่งตรวจเพาะเชื้อและทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR/RR-TB
- พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
- เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค

กิจกรรมหลักที่สำคัญดังนี้

- เร่งค้นหาและคัดกรอง ในกลุ่มประชากรเสี่ยงตามมาตรฐานแผนงานวัณโรค
- คัดกรองและการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย
- ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR/RR-TB

๔. รักษาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาทุกรายด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพ และเฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
๕. พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
๖. พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงเครือข่าย ตามมาตรฐานการดูแลรักษาวัณโรค
๗. ดูแลรักษาโรคร่วมและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
๘. พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค

มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยา

ประกอบด้วย มาตรการ ๔ ด้าน คือ

๑. ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT)
๒. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน
๓. ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
๔. การช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

กิจกรรมหลักที่สำคัญดังนี้

๑. จัดตั้ง case management team ในโรงพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยทุกรายด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสนับสนุนการรักษา (Patient Centered Care) ด้วยการ DOT กระบวนการให้การปรึกษา การส่งเสริมด้านโภชนาการ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ และสังคม
๒. ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

มาตรการที่ ๓ พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ประกอบด้วย มาตรการ ๓ ด้าน คือ

๑. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค
๒. พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
๓. ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษาวัณโรค
๔. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

กิจกรรมหลักที่สำคัญดังนี้

๑. ใช้เทคโนโลยีและระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล เพื่อติดตามและประเมินผลการรักษาทุกราย
๒. พัฒนาศูนย์การส่งต่อผู้ป่วยและรายงานผลการรักษา
๓. ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษาวัณโรค

๔. พัฒนาระบบเครือข่ายทางห้องปฏิบัติการ
๕. ขับเคลื่อนและติดตามการประเมินผลโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
๖. พัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

๕. นิยาม

๕.๑ ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

๕.๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา

๕.๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนด โดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

๕.๒ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๕.๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

๕.๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค

๕.๓. ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) หมายถึง อัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑-๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒) โดยเทียบกับค่าคาดประมาณของประชากร (๑๕๖/แสนประชากร)

๖. สูตรการคำนวณ :

๖.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑) คำนวณจาก

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times ๑๐๐$$

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑)

๖.๒. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒) คำนวณจาก

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times ๑๐๐$$

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑-๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒)

B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑-๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒) คิดจากอัตรา ๑๕๖ ต่อประชากรแสนคน

๗. กลุ่มเป้าหมาย

๗.๑.กลุ่มเป้าหมายในการประเมินอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

๗.๒.กลุ่มเป้าหมายในการประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑-๓๐ กันยายน ๒๕๖๒) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

๘. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

๘.๑ สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ

๘.๒ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)

๘.๓.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด รับผิดชอบดำเนินการในระดับจังหวัด

๘. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรค กำหนด

ตารางที่ ๑ มาตรการและแนวทาง กิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน

มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ
มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> ▪ พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ▪ พัฒนาและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถานพยาบาล ▪ เฝ้าระวังและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ▪ พัฒนาศักยภาพแพทย์ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ กรมการแพทย์ ▪ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ▪ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคและตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการ Molecular ▪ ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR/RR-TB ▪ พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ กรมควบคุมโรค ▪ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ▪ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ดูแลรักษาโดย case management team ที่ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) ▪ สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ▪ ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีม ▪ สหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานบางส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ▪ การช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ กรมการแพทย์ ▪ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ▪ กรมควบคุมโรค ▪ กองบริหารการสาธารณสุข
มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค ▪ พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ▪ ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษาวัณโรค ▪ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ กรมการแพทย์ ▪ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ▪ กรมควบคุมโรค ▪ กองบริหารการสาธารณสุข

ตารางที่ ๒ มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด (Quick win)

มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด PA (Quick win)	การประเมินสำเร็จในแต่ละช่วงเวลา			
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
บริหารจัดการและตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB)	ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้ ตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST)* ทุกเขตสุขภาพมีการตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญวัณโรคดื้อยาระดับเขต	ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้ ตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST)*	ร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้ ตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST)*	≥ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้ ตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST)*
จัดตั้งกลไกการกำกับการกินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง	มีการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการจัดตั้ง คณะทำงานบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (case management team) ในทุกโรงพยาบาล/จังหวัด	จัดตั้งคณะทำงานบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (case management team) ในทุกโรงพยาบาลของจังหวัด ที่มีอัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ≤ ร้อยละ ๗๔.๙	จัดตั้ง คณะทำงานบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (case management team) ในทุกโรงพยาบาลของจังหวัด ที่มีอัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ≤ ร้อยละ ๘๔.๙	จัดตั้ง คณะทำงานบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (case management team) ในโรงพยาบาลครบทุกจังหวัด
กำกับติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยระบบข้อมูล TBCM online	ร้อยละ ๒๐ ของ โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐและเอกชน) บันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online	ร้อยละ ๓๐ ของ โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐและเอกชน) บันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online	ร้อยละ ๔๐ ของ โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐและเอกชน) บันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online	≥ร้อยละ ๕๐ ของ โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐและเอกชน) บันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online

หมายเหตุ * กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (อ้างอิงจากแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑) ซึ่งได้แก่

(๑) ผู้ป่วยเก่าที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน (previously treated patients) ได้แก่

(๑.๑) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยสูตรยารักษาซ้ำหรือสูตรยาผู้ป่วยใหม่ (๑.๒) ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ (๑.๓) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำหลังขาดยา

(๑.๔) ผู้ป่วยอื่นๆ ที่เคยรักษามาแล้วแต่ไม่ทราบผลการรักษาชัดเจน

๑๐. แนวทางการตรวจติดตาม

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕</p>			
<p>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) (ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕</p>	<p>๑. Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายช่องว่างและปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อ การเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>๒. Planning จัดทำแผนงาน/แผนปฏิบัติการ เพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>โดยแบ่งตาม</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับอำเภอ : สสอ. และ รพช./รพท/รพศ ▪ ระดับจังหวัด : สสจ. ▪ ระดับเขต : เขตสุขภาพ และ สคร. 	<p>การตรวจติดตามมาตรการดำเนินงานตามจาก ๑.เอกสารรายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดปัญหา กลุ่มเสี่ยง/พื้นที่กลุ่มเป้าหมายและช่องว่างการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรค M/XDR TB, TB/HIV , Treatment coverage ขนาดปัญหา กลุ่มเสี่ยง/พื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ▪ ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑ ▪ หาสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ขาดยา โอนออก ประเมินผลไม่ได้ รวมถึงความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค <p>๒. แผนงาน/แผนปฏิบัติการที่ประกอบด้วย มาตรการ แนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>โดยแบ่งตาม</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับอำเภอ : สสอ. และ รพช./รพท/รพศ ▪ ระดับจังหวัด : สสจ. ▪ ระดับเขต : เขตสุขภาพ และ สคร. 	<p>๑. รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดปัญหา กลุ่มเสี่ยง/พื้นที่กลุ่มเป้าหมายและช่องว่างการดำเนินงาน</p> <p>๒. แผนงาน/แผนปฏิบัติการที่ประกอบด้วย มาตรการ แนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา เพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค และพัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>โดยแบ่งตาม</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับอำเภอ : สสอ. และ รพช./รพท/รพศ ▪ ระดับจังหวัด : สสจ. ▪ ระดับเขต : เขตสุขภาพ และ สคร.

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>Monitoring</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค ในรอบ ๖ เดือนและ ๙ เดือน</p>	<p>การตรวจติดตามมาตรการดำเนินงานตามจากเอกสารและการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลของผู้รับผิดชอบในเรื่องของ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/แผนปฏิบัติการที่ประกอบด้วย มาตรการ แนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค ของพื้นที่เป้าหมาย ■ รายงานความก้าวหน้า/การกำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของตัวชี้วัด มาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติการ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ○ อัตราการเสียชีวิต ○ อัตราการขาดยา ○ อัตราโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค , ○ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ <p>หน่วยงานที่รวบรวมผลการดำเนินงานแต่ละระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ระดับอำเภอ : สสอ. รพช./รพท/รพศ ○ ระดับจังหวัด : สสจ. ○ ระดับเขต : เขตสุขภาพ และ สคร. 	<p>รายงานผล</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานตามมาตรการ แนวทาง แผนงานแก้ไข ปรับปรุง พัฒนาที่กำหนดขึ้น เพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค ของพื้นที่เป้าหมาย ■ ผลการดำเนินงาน/ความก้าวหน้า/การกำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของตัวชี้วัด มาตรการ แผนงาน/แผนปฏิบัติ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ○ อัตราการเสียชีวิต ○ อัตราการขาดยา ○ อัตราโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค ○ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ <p>หน่วยงานที่รายงานผลการดำเนินงานแต่ละระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ระดับอำเภอ : สสอ. รพช./รพท/รพศ ○ ระดับจังหวัด : สสจ. ○ ระดับเขต : เขตสุขภาพ และ สคร.
อัตราความสำเร็จการรักษา	Evaluation	การตรวจติดตามมาตรการดำเนินงานตามจาก	<ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>วัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) (ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕</p>	<p>ประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕</p>	<p>เอกสารและการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลของผู้รับผิดชอบในเรื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕ ■ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดของมาตรการ แผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค ของพื้นที่เป้าหมาย <p>หน่วยงานที่รวบรวมผลการดำเนินงานแต่ละระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ระดับอำเภอ : สสอ. และ รพช./รพท/รพศ ○ ระดับจังหวัด : สสจ. ○ ระดับเขต : เขตสุขภาพ และ สคร. 	<p>ปอดรายใหม่ (ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด มาตรการ แผนงาน/แผนปฏิบัติ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ○ อัตราการเสียชีวิต ○ อัตราการขาดยา ○ อัตราไอนอกของผู้ป่วยวัณโรค ○ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

๑๑. กำหนด Small success รายไตรมาส

	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
กิจกรรม สำคัญใน พื้นที่	<p>๑. Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายช่องว่างและปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย วัณโรค^๒</p> <p>๒. Planning จัดทำแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย วัณโรค</p>	<p>Monitoring</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย วัณโรคของพื้นที่เป้าหมาย</p>	<p>Monitoring</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย วัณโรค ของพื้นที่เป้าหมาย</p>	<p>Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒) ในภาพของประเทศและพื้นที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕ ■ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๒.๕ ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วย วัณโรค (๑๕๖/แสนประชากร)
การ ประเมินผล กิจกรรม สำคัญ	<p>๑. รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดปัญหา กลุ่มเสี่ยง/พื้นที่กลุ่มเป้าหมายและช่องว่างการดำเนินงาน</p> <p>๒. แผนงาน/แผนปฏิบัติการที่ประกอบด้วย มาตรการ แนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อ การติดตาม</p>	<p>รายงานผลกำกับและติดตามการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/แผนปฏิบัติการที่ประกอบด้วย มาตรการ แนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความ 	<p>รายงานผลกำกับและติดตามการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/แผนปฏิบัติการที่ประกอบด้วย มาตรการ แนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่^๑ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕ ■ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๒.๕

	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	ผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค	<p>ครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค ของพื้นที่เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานความก้าวหน้า/การกำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของตัวชี้วัด มาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติการ เพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อการติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค ของพื้นที่เป้าหมาย ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ○ อัตราการเสียชีวิต ○ อัตราการขาดยา ○ อัตราโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค ○ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 	<p>ครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค ของพื้นที่เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานความก้าวหน้า/การกำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของตัวชี้วัด มาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติการ เพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อการติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค ของพื้นที่เป้าหมาย ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ○ อัตราการเสียชีวิต ○ อัตราการขาดยา ○ อัตราโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค ○ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 	<p>ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๖/แสนประชากร)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด มาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติการ เพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค ของพื้นที่เป้าหมาย ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ○ อัตราการเสียชีวิต ○ อัตราการขาดยา ○ อัตราโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค ○ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
เป้าหมายการกำกับการกำกับติดตาม	ทุกจังหวัด มีรายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ และ แผนงาน/แผนปฏิบัติการ เพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> ■ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของจังหวัด ดำเนินงานตามแผนงาน/แผนปฏิบัติการ ■ จำนวนผู้ป่วยที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาที่เป็นผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของจังหวัด ดำเนินงานตามแผนงาน/แผนปฏิบัติการ ■ จำนวนผู้ป่วยที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาที่เป็นผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕ ■ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	ทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราการเสียชีวิต ■ อัตราการขาดยา ■ อัตราโอนออก 	<ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราการเสียชีวิต ■ อัตราการขาดยา ■ อัตราโอนออก 	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๒.๕
หน่วยงานที่ดำเนินการและรวบรวมข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระดับอำเภอ : สสอ. และ รพช./รพท./รพศ. วิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่ ■ ระดับจังหวัด : สสจ. วิเคราะห์รายอำเภอ ■ ระดับเขตสุขภาพ : สคร./เขตสุขภาพ วิเคราะห์รายจังหวัด ■ ระดับประเทศ : สำนักวัณโรค วิเคราะห์รายเขตสุขภาพ/สคร. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระดับอำเภอ : สสอ. / รพช./รพท./รพศ. ■ ระดับจังหวัด : สสจ. ■ ระดับเขตสุขภาพ : สคร./เขตสุขภาพ ■ ระดับประเทศ : สำนักวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระดับอำเภอ : สสอ. / รพช./รพท./รพศ. ■ ระดับจังหวัด : สสจ. ■ ระดับเขตสุขภาพ : สคร./เขตสุขภาพ ■ ระดับประเทศ : สำนักวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระดับอำเภอ : สสอ. / รพช./รพท./รพศ. ■ ระดับจังหวัด : สสจ. ■ ระดับเขตสุขภาพ : สคร./เขตสุขภาพ ■ ระดับประเทศ : สำนักวัณโรค
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค อิเลคทรอนิกส์รายบุคคล (TBCM online) ■ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในระดับพื้นที่ของ สสอ. / รพช./รพท./รพศ. / สสจ./สคร./สำนักวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค อิเลคทรอนิกส์รายบุคคล (TBCM online) ■ เอกสารผลการดำเนินงานมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อการติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคของพื้นที่เป้าหมาย ของ สสอ. / รพช./รพท./รพศ. / สสจ./สคร./สำนักวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค อิเลคทรอนิกส์รายบุคคล (TBCM online) ■ เอกสารผลการดำเนินงานมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อการติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคของพื้นที่เป้าหมาย ของ สสอ. / รพช./รพท./รพศ. / สสจ./สคร./สำนักวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค อิเลคทรอนิกส์รายบุคคล (TBCM online) ■ เอกสารผลการดำเนินงานมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา การส่งต่อการติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคของพื้นที่เป้าหมาย ของ สสอ. / รพช./รพท./รพศ. / สสจ./สคร./สำนักวัณโรค
หลักฐาน	<ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานผลการดำเนินงานมาตรการ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานผลการดำเนินงานมาตรการ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานผลการดำเนินงานมาตรการ

	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
การรายงานผล	<p>วัณโรค แผนงาน/แผนปฏิบัติการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานความก้าวหน้ารายไตรมาสของการดำเนินงานแผนงานควบคุมวัณโรค 	<p>แผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนา ระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานความก้าวหน้ารายไตรมาสของการดำเนินงานแผนงานควบคุมวัณโรค 	<p>แผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนา ระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานความก้าวหน้ารายไตรมาสของการดำเนินงานแผนงานควบคุมวัณโรค 	<p>แผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนา ระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานความก้าวหน้ารายไตรมาสของการดำเนินงานแผนงานควบคุมวัณโรค

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) ร่วมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๒
- พื้นที่เป้าหมาย : ระดับจังหวัดวิเคราะห์รายอำเภอ ระดับเขตสุขภาพ/สคร.วิเคราะห์รายจังหวัด ระดับประเทศวิเคราะห์รายเขตสุขภาพ/สคร.

๑๒. ผู้กำกับตัวชี้วัดและผู้ประสานงานด้านการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการตรวจราชการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักวินโรค

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงผลิน กมลวิฑ์	ผู้อำนวยการสำนักวินโรค	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๒๑๒๒๒๗๙ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕ Email: phalin๑@hotmail.com โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒๕๐๔๕๕๔๗	ผู้กำกับตัวชี้วัดระดับกรม
นายอรรถกร จันทร์มาทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กรและจัดการความรู้ สำนักวินโรค	โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๑๒ ๒๒๗๙ ต่อ ๑๒๑๑ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕ Email: auttagorn@gmail.com โทรศัพท์มือถือ ๐๙๖๙๘๒๔๑๙๖	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
นางสาววิลาวรรณ สมทรง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวินโรค	โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๑๒ ๒๒๗๙ โทรสาร : ๐๒-๒๑๒๕๕๓๕ Email: swillwan@yahoo.com โทรศัพท์มือถือ	ผู้ประสานงานด้านการรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)

คำนิยาม:

การใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าทางหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์เภสัชวิทยา ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใช้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

การประเมินการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital และ RDU PCU

- RDU Hospital หมายถึง การประเมินการใช้อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพศ./รพท./รพช.)
- RDU PCU หมายถึง การประเมินการใช้อย่างสมเหตุผลของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกข่าย (รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกชื่ออื่น)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

- รายการข้อมูล ๑: A๑ = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้นที่ ๑
- รายการข้อมูล ๒: A๒ = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้นที่ ๒
- รายการข้อมูล ๓: B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

สูตรการคำนวณ

ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้น ๑ = $(A๑/B) \times ๑๐๐$

ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้น ๒ = $(A๒/B) \times ๑๐๐$

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการ ดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม		ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ และ ๒				
รพ. ที่ใช้ยา อย่างสม เหตุผล: RDU ชั้นที่ ๑ และ ๒	๑. โรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผล ตามกฎหมาย PLEASE ๒. รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่าง รับผิดชอบ	RDU ชั้น ๑ หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้		โรงพยาบาล มีการ ดำเนินการส่งเสริม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งโรงพยาบาล และ หน่วยบริการระดับปฐม ภูมิ ตามเป้าหมาย RDU ชั้นที่ ๑ \geq ร้อยละ ๙๕ RDU ชั้นที่ ๒ \geq ร้อยละ ๒๐
		RDU Hospital	RDU PCU	
		<p>๑. ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละรายการยาที่ส่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้ รพ.ระดับ A \geq ๗๕%, S \geq ๘๐%, M๑-M๒ \geq ๘๕%, F๑-F๓ \geq ๙๐%</p> <p>๒. ตัวชี้วัดที่ ๒ มีกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU โดยคณะกรรมการ PTC อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓)</p> <p>๓. ตัวชี้วัดที่ ๓ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ที่มีชื่อภาษาไทย และคำเตือนในยา ๑๓ กลุ่ม (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓)</p> <p>๔. ตัวชี้วัดที่ ๔ มีรายการยาที่ควรตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ที่ยังคงอยู่ไม่เกิน ๑ รายการจากรายการยาที่กำหนด ๘ รายการ (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓)</p> <p>๕. ตัวชี้วัดที่ ๕ มีการดำเนินงานส่งเสริมจริยธรรมการจัดซื้อ และส่งเสริมการขายยา (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓)</p>	รพ.สต. ในอำเภอ \geq ๔๐% ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง ๒ กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	
		RDU ชั้น ๒ หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้		
		RDU Hospital	RDU PCU	
		<p>๑. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ ๑</p> <p>๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศทั้ง ๔ ตัวชี้วัด เกณฑ์ตัวชี้วัดปี ๒๕๖๒ มีรายละเอียดดังนี้</p> <p>a. กลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก รพศ./รพท. \leq ๓๐% และ รพช. \leq ๒๐%</p> <p>b. กลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก \leq ๒๐%</p>	รพ.สต. ในอำเภอ \geq ๖๐% ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง ๒ กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	

เป้าหมาย	มาตรการ ดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ และ ๒			
		c. กลุ่มโรคขาดแคลสดจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยนอก และฉุกเฉิน $\leq 50\%$ d. หญิงคลอดปกติทางช่องคลอด $\leq 15\%$ ๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป $\leq 10\%$ ๔. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง (eGFR < ๖๐ ml/min/๑.๗๓ m ^๒) $\leq 5\%$ ๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
RDU ชั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๘๐ RDU ชั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๐	RDU ชั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๘๕ RDU ชั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๐	RDU ชั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๙๐ RDU ชั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๕	RDU ชั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๙๕ RDU ชั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๒๐

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักยา และกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	โทรศัพท์/email	ประเด็นรับผิดชอบ
๑. ญ.ไพเราะ บุญฤๅญฤทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	๐๒ ๕๙๐ ๑๖๒๘ praecu@gmail.com	RDU
๒. ญ.นุชรินทร์ โตมาข่า	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๑๕๕ nuchy๔๐๘@gmail.com	RDU
๓. ญ.สรียา เวชวิฐาน	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๓๙๒ swech@fda.moph.go.th	RDU
๔. ญ.นภาพรณ ภูริปัญญวานิช	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๑๕๕ pharmui๓๐@gmail.com	RDU
๕. ญ.คริสติน่า ลีสุรพลานนท์	เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๓๙๕ christina.lee@fda.moph.go.th	RDU

ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	โทรศัพท์/email	ประเด็นรับผิดชอบ
๑. ญ.ไพเราะ บุญฤๅญฤทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	๐๒ ๕๙๐ ๑๖๒๘ praecu@gmail.com	AMR
๒. ญ.สรียา เวชวิฐาน	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๓๙๒ swech@fda.moph.go.th	RDU
๓. ญ.คริสติน่า ลีสุรพลานนท์	เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๓๙๕ christina.lee@fda.moph.go.th	RDU

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

คำนิยาม:

๑. AMR : เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance)

๒. ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) เป็น การดำเนินงาน ๕ กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (๑) กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ (๒) การเฝ้าระวังเชื้อ ดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (๓) การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (๔) การเฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (๕) การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ

๓. ข้อมูลที่ใช้ในการตรวจราชการ จากการประเมินตนเอง (self assessment) ผ่านระบบรายงาน กองบริหารการสาธารณสุข ปีละ ๒ ครั้ง โดยมีคะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน

๔. การแปลผล จะแบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน
ระดับ ๑	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	๐ - ๑๕๐ คะแนน
ระดับ ๒	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	≥ ๑๕๐ - ๒๕๐ คะแนน และข้อบังคับ Basic > ๐ คะแนน
ระดับ ๓	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	≥ ๒๕๐ - ๓๕๐ คะแนน และข้อบังคับ Intermediate > ๐ คะแนน
ระดับ ๔	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	≥ ๓๕๐ - ๕๐๐ คะแนน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate

B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ทั้งหมด

สูตรการคำนวณ :

ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate	$(A/B) \times 100$
--	--------------------

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม		ผลลัพธ์ที่ต้องการ
โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	(๑) พัฒนากลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ	รายละเอียดการประเมิน ๕ กิจกรรมสำคัญ หมายเหตุ * เป็นข้อบังคับขั้น basic สามารถ download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv	คะแนน	จำนวน รพ. ที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐
	(๒) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	๑. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (๑๐๐ คะแนน) (๑) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR * ๕ (๒) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ * ๑๐ (๓) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน * ๑๐ (๔) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR * ๑๐ (๕) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ๒๐ (๖) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา ๒๐ (๗) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน ๒๕		
	(๓) พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship)	๒. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (๑๐๐ คะแนน) (๑) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน * ๑๐ (๒) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน* ๕ (๓) ระบบ Lab Alert * ๑๐ (๔) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญ สอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ระดับประเทศ ๑๐ (๕) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๑๐ (๖) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ ๒๐ (๗) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา แบบอิเล็กทรอนิกส์ ๑๐ (๘) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R ๑๐ (๙) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST) ๕ (๑๐) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ สคร.เขต ๑๐		
	๓. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล			

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>(๔) พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC)</p> <p>(๕) พัฒนาการจัดการสารสนเทศเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการพัฒนาระบบของโรงพยาบาล</p>	<p>(๑๐๐ คะแนน)</p> <p>(๑) การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย *</p> <p>(๒) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL *</p> <p>(๓) การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพ *</p> <p>(๔) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อเสนอแนะในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง *</p> <p>(๕) การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา *</p> <p>(๖) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม</p> <p>(๗) การสอนและฝึกอบรมทักษะ</p> <p>(๘) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้อย่างเหมาะสม</p> <p>(๙) มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ</p>	<p>๕</p> <p>๕</p> <p>๕</p> <p>๑๕</p> <p>๓๐</p> <p>๑๕</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๕</p>
		<p>๔. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน ร.พ. (๑๐๐ คะแนน)</p> <p>(๑) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ *</p> <p>(๒) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ *</p> <p>(๓) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR *</p> <p>(๔) IPC guideline *</p> <p>(๕) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา</p> <p>(๖) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak)</p> <p>(๗) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ</p> <p>(๘) การสอนและฝึกอบรมทักษะ</p> <p>(๙) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance)</p> <p>(๑๐) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection</p> <p>(๑๑) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC</p>	<p>๕</p> <p>๕</p> <p>๑๐</p> <p>๕</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p>
		<p>๕. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ (๑๐๐ คะแนน)</p> <p>(๑) การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อ</p>	<p>๕๐</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ยาของโรงพยาบาล (๒) การวิเคราะห์และการจัดการระบบของ โรงพยาบาลในการดำเนินงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา (๓) การตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาล (๔) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	๓๐ ๑๐ ๑๐

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	AMR ชั้น Intermediate \geq ๑๐ %		AMR ชั้น Intermediate \geq ๒๐ %

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานหลัก: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข

หน่วยงานร่วม: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

กรมควบคุมโรค (สำนักระบาด และสถาบันบำราศนราดูร)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักยา

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	โทรศัพท์/email	ประเด็นรับผิดชอบ
น.ส.ไพเราะ บุญญะฤทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๖๒๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒-๓๙๕๓๒๘๙ โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๖๔๑ praecu@gmail.com	การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้าน จุลชีพ
ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๑๐๐๐๐ ต่อ ๙๕๓๐๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๗๐๕๙๕๕๑ โทรสาร : ๐๒-๕๕๑๑๔๘๖ wantana.p@dmsc.mail.go.th	การเฝ้าระวังเชื้อ ดื้อยาทาง ห้องปฏิบัติการ
นางวรรณา เทียนทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำราศนราดูร	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๓๖๕๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๓๔๖๕๕๘๐ โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๓๔๔๓ varaporn.thientong๒@gmail.com	การเฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	โทรศัพท์/email	ประเด็นรับผิดชอบ
ภญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	๐๒ ๕๕๐ ๑๖๒๘ praecu@gmail.com	AMR
ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันวิจัย วิทยาศาสตร์สาธารณสุข	๐๒-๕๕๑๐๐๐๐ ต่อ ๙๕๓๐๒ wantana.p@dmsc.mail.go.th	AMR

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ ได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate)

สถานการณ์ปัญหาเสพติด :

จากรายงาน WORLD DRUG REPORT ๒๐๑๗ ได้ประมาณการผู้ติดยาเสพติดทั่วโลก ปี ๒๐๑๕ พบว่ายาเสพติดที่สำคัญ ๆ ที่ได้รับความนิยมนั้นมีผู้ติดยา ๑๘๓ ล้านคน สารสกัดจากฝิ่น ๓๕ ล้านคน ยาบ้า-สารกระตุ้นต่าง ๆ ๓๗ ล้านคน ยาไอซ์ ๒๒ ล้านคน ยาแก้ปวด-ยานอนหลับ ๑๘ ล้านคน และโคเคน ๑๗ ล้านคน

สำหรับประเทศไทยถือการแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ และในด้านการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดกำหนดให้เป็นบทบาทภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยพบว่าผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาประมาณเฉลี่ยปีละ ๒๕๐,๐๐๐ -๓๐๐,๐๐๐ ราย ยาเสพติดที่เป็นปัญหาสำคัญมากที่สุดยังเป็น ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา พืชกระท่อม และ เฮโรอีน เป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า ๒๔ ปี มากที่สุดคืออายุ ๑๕-๑๙ ปี ถึง ร้อยละ ๔๐ ปี ในปี ๒๕๖๑ ที่ผ่านมามีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน ๑๙๗,๔๖๑ ราย เป็นระบบสมัครใจ ร้อยละ ๕๒.๕ ระบบบังคับบำบัด ร้อยละ ๓๖.๙ และระบบต้องโทษร้อยละ ๑๐.๖

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีเป้าหมายการบำบัดฟื้นฟู จำนวน ๒๑๙,๒๗๕ ราย ระบบสมัครใจ จำนวน ๑๓๖,๗๒๕ ราย (สถานพยาบาล ๙๑,๕๐๐ ราย ศูนย์ปรับเปลี่ยนฯ ๔๐,๐๐๐ ราย การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือ Community Based Treatment and Rehabilitation จำนวน ๔,๕๐๐ ราย) ระบบบังคับบำบัด ๕๖,๕๕๐ ราย (ไม่ควบคุมตัว ๓๖,๐๐๐ ราย ควบคุมตัว ๒๐,๕๕๐ ราย) และต้องโทษ ๒๖,๐๐๐ ราย (ราชทัณฑ์ ๒๓,๐๐๐ ราย กรมพินิจฯ ๓,๐๐๐ ราย) และ โดยมีจุดเน้นการดำเนินงานในปี ๒๕๖๒ ในเรื่องการสร้างความรู้ (Literacy) ของประชาชนในด้านการป้องกันปัญหายาเสพติด การปรับปรุงกฎหมายให้เกิดความสมดุลเหมาะสม การเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด (Harm Reduction) และการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) โดยมีเป้าหมายให้เกิดรูปแบบการดำเนินการในทุกจังหวัดและพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดสูง ผ่านกลไกการดำเนินงานของภาครัฐ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระดับจังหวัด/อำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สู่เป้าหมายให้เกิดกระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูอย่างรอบด้านครบวงจร ไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive health care) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข สังคมและประเทศชาติปลอดภัยจากยาเสพติด

คำนิยาม : ผู้ติดยาเสพติด (ประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ.๗๒ มีคะแนนประเมิน ๒๗ ขึ้นไป จำแนกเป็น ผู้ติด(Dependence) ทุกระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี หลัง จำหน่าย

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด:

ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) = (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทุกระบบที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี หลังจำหน่าย

B = จำนวนผู้ติดยาเสพติดทุกระบบที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายทั้งหมด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑			
๑. ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องในมิติสุขภาพแบบครบวงจรไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive health care) ตามหลักสิทธิมนุษยชน	<ul style="list-style-type: none"> - การแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการบำบัดฯ ระดับจังหวัดที่ครอบคลุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีบทบาทหน้าที่ครอบคลุมการบำบัดในชุมชน การบำบัดฟื้นฟูทุกระบบ รวมทั้งการลดอันตรายจากยาเสพติด - การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สาขา ยาเสพติด) ระดับจังหวัด - นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สนับสนุนการดำเนินงาน ยาเสพติด - การจัดทำแผนบูรณาการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด ที่ครอบคลุมแผนงานด้านการบำบัดรักษาทุกระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสารคำสั่งคณะกรรมการด้านการบำบัดฯ ระดับจังหวัดที่ครอบคลุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - รายงานการประชุมที่ระบุกรมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - รูปแบบ/วิธีการ การสนับสนุน (คน เงิน ของ) ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่) - หลักฐานกระบวนการจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพแบบบูรณาการ - แนวทาง/แผนการดำเนินงานการระบบบริการ การรับส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติด ทุกระบบโดยเฉพาะ กลุ่มที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางยาเสพติด กลุ่มที่มีโรคร่วม/โรคแทรกซ้อนทางจิต กลุ่มยุ่งยากซับซ้อน - กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานแต่ละระดับ รวมทั้งบทบาทด้านการดำเนินงานความร่วมมือและกำกับดูแลหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน - รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานด้านการบำบัด (ใช้ฐานข้อมูล บสต.) และข้อมูลผลการดำเนินงานของจังหวัดตามรอบการตรวจ ราชการรอบที่ ๑ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการบำบัดฯ ระดับจังหวัด และเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ที่มีบทบาทหน้าที่ครอบคลุมการบำบัดฟื้นฟูทุกระบบ และลดอันตรายจากยาเสพติด รวมทั้งการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และการพัฒนาบุคลากร - มีแผนบูรณาการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพที่ครอบคลุมบทบาทภารกิจ และมี การสนับสนุน งบประมาณ บุคลากร อย่างเพียงพอ - ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดและเขตสุขภาพ ได้เข้าถึงบริการ การป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟู อย่างมีคุณภาพ ครบวงจร ไร้รอยต่อ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>การลดอันตรายจากยาเสพติด การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ที่บูรณาการกับ ทีม พชอ. แผนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และแผนการพัฒนาบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการกำหนด มาตรฐานและระบบ บริการ และการรับส่งต่อผู้ป่วยอย่างครบวงจร ภายในจังหวัด และเขตสุขภาพที่มุ่งเน้นการบริการครอบคลุม ● การป้องกัน การคัดกรอง และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นใน รพ.สต. และส่งต่อเพื่อรับการบำบัดรักษา ● การจัดการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ● การเปิดบริการผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ ยาเสพติดและระยะบำบัดด้วยยาในรพ. ระดับ A/S และ M๑ ● จัดระบบบริการการฟื้นฟูระยะยาวแบบผู้ป่วยใน สำหรับกลุ่มยุ่งยากซับซ้อน ร่วมกับสถานฟื้นฟูนอกระบบ 		<p>โดยเฉพาะในกลุ่มยุ่งยาก ซับซ้อน กลุ่มติดยาเสพติดเรื้อรัง กลุ่มใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกิดระบบการดูแลโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษา และการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพทางสังคม

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	สาธารณสุข ● ผลักดันการติดตาม ต่อเนื่องและการ พื้นฟูสภาพทาง สังคม - รายงานผลการ ดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามรอบการตรวจ ราชการ (จำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับการบำบัดรักษา เทียบกับเป้าหมาย ผลสำเร็จของการ บำบัดตามตัวชี้วัด)		
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒			
พื้นที่ที่มีการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง ยั่งยืน และบูรณา การ ตามบริบทและสถาน การของแต่ละพื้นที่	- วิเคราะห์สรุปผลการ ดำเนินงาน และปัญหา อุปสรรคและแนว ทางการแก้ไขตลอดจน การเสนอแนะในเชิง นโยบายในระดับพื้นที่ และระดับนโยบาย ส่วนกลาง - สรุปแผนและผลการ ดำเนินงานและ ปัญหาอุปสรรค ครอบคลุมประเด็น ด้าน ๑) การบำบัดรักษา พื้นฟูและการส่งต่อ อย่างครบวงจร ไร้ รอยต่อ (Seamless Comprehensive health care) ๒) การลดอันตราย จากยาเสพติด (Harm reduction) ๓) การพัฒนาและ รับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (HA ยาเสพติด) ๔) การพัฒนา	- รายงานสรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ เพื่อการ กำหนดแผนการดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งข้อเสนอเชิง นโยบายในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ - รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานด้านการบำบัด (ใช้ ฐานข้อมูล บสต.) และข้อมูลผลการดำเนินงานของ จังหวัดตามรอบการตรวจ ราชการรอบที่ ๒	มีระบบการดำเนินงาน ด้านจัดระบบบริการ การพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานหน่วยบริการ การพัฒนาศักยภาพ บุคลากร รวมทั้งการ ประสานความร่วมมือ และการกำกับดูแล สนับสนุนการดำเนินงาน ของหน่วยงานภาคี เครือข่ายในพื้นที่ อย่าง ต่อเนื่อง มีผู้รับผิดชอบที่ ชัดเจน และมีการพัฒนา และปรับปรุงแนว ทางการดำเนินงาน สม่ำเสมอ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>ศักยภาพบุคลากร</p> <p>๕) การดำเนินงาน CBTx</p> <p>๖) การพัฒนาบุคลากร</p> <p>๗) การประสานความร่วมมือ การกำกับดูแล และสนับสนุนการดำเนินงานของ</p> <p>หน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม</p> <p>- รายงานผลการดำเนินงานตามตาม</p> <p>รอบการตรวจราชการ (จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาเทียบกับเป้าหมาย</p> <p>ผลสำเร็จของการบำบัดตามตัวชี้วัด</p>		

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>- มีแนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)</p> <p>- ทุกจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการ ที่ครอบคลุมด้านการป้องกันการบำบัดรักษา การลดอันตราย (Harm reduction) การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาและรับรองคุณภาพ</p> <p>สถานพยาบาลนอกและใน สธ. การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) และกำหนดมอบหมายผู้รับผิดชอบ</p>	<p>สถานพยาบาลสถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในทุกระบบได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ</p> <p>- ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) อย่างน้อย ๑ แห่ง</p>	<p>ทุกจังหวัดมีการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx)</p>	<p>- ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี</p> <p>- ร้อยละ ๔๐ ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพ</p> <p>ต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน</p>

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด	ระบบ	ที่อยู่ URL
- ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี	ฐานข้อมูลการรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย (บสต.)	http://antidrugnew.moph.go.th

หมายเหตุ: การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ข้อมูลที่รวบรวมจากการรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) และวิเคราะห์ข้อมูลจากการติดตามต่อเนื่องเป็นรายบุคคล ตามห้วงเวลาที่กำหนด

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค กรมสุขภาพจิต กองบริหารการสาธารณสุข และศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (ศอ.ปส.สธ.)

หน่วยงานบูรณาการ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.อังกูร ภัทรการ	- นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ - สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	๐๘๖-๓๓๑๖๑๐๖	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	- ผู้อำนวยการ - กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	๐๘๙-๑๔๐๓๘๘๔	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
นางอัจฉรา วิไลสกุลยง	- นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ - กองบริหารการสาธารณสุข	๐๒-๕๙๐๑๓๗๙๙	ผู้ประมวลผลและจัดทำรายงานข้อมูลจากระบบรายงาน บสต. (ระดับส่วนกลาง)
นางอุบล ศรีประเสริฐ	- นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ - ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	๐๒-๕๙๐ ๒๔๒๒	ผู้ประมวลผลและจัดทำรายงานข้อมูลจากระบบรายงาน บสต. (ระดับส่วนกลาง)
นางระเบียบ โตแก้ว	- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ - สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	๐๙๒-๘๘๗๙๒๘๙	ผู้สรุป และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานการตรวจราชการ
นางสุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์	- นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ - ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	๐๒-๕๙๐ ๒๔๒๒	

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

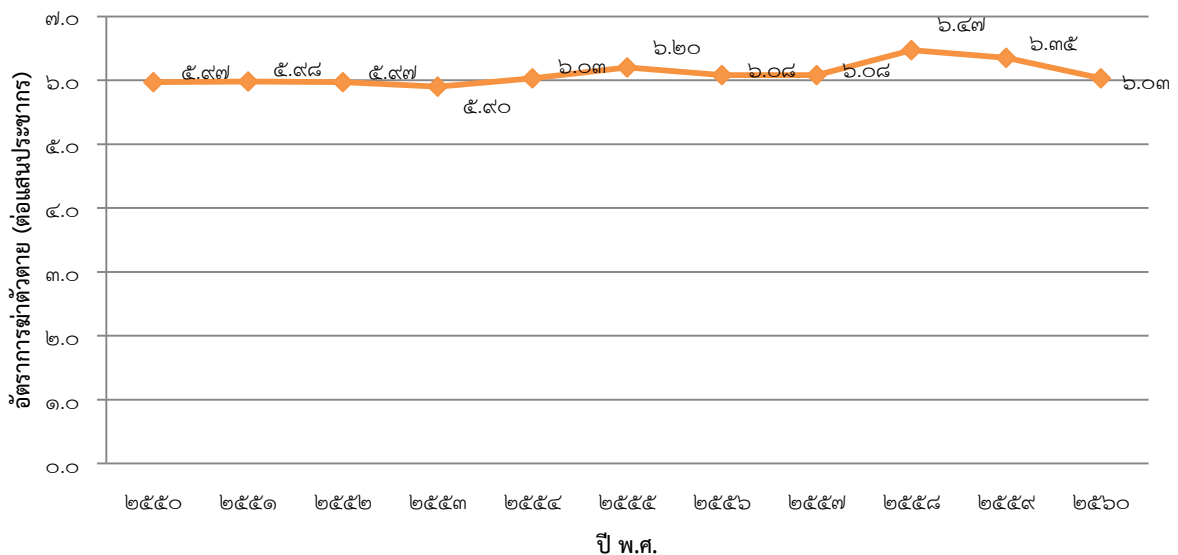
ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

สถานการณ์

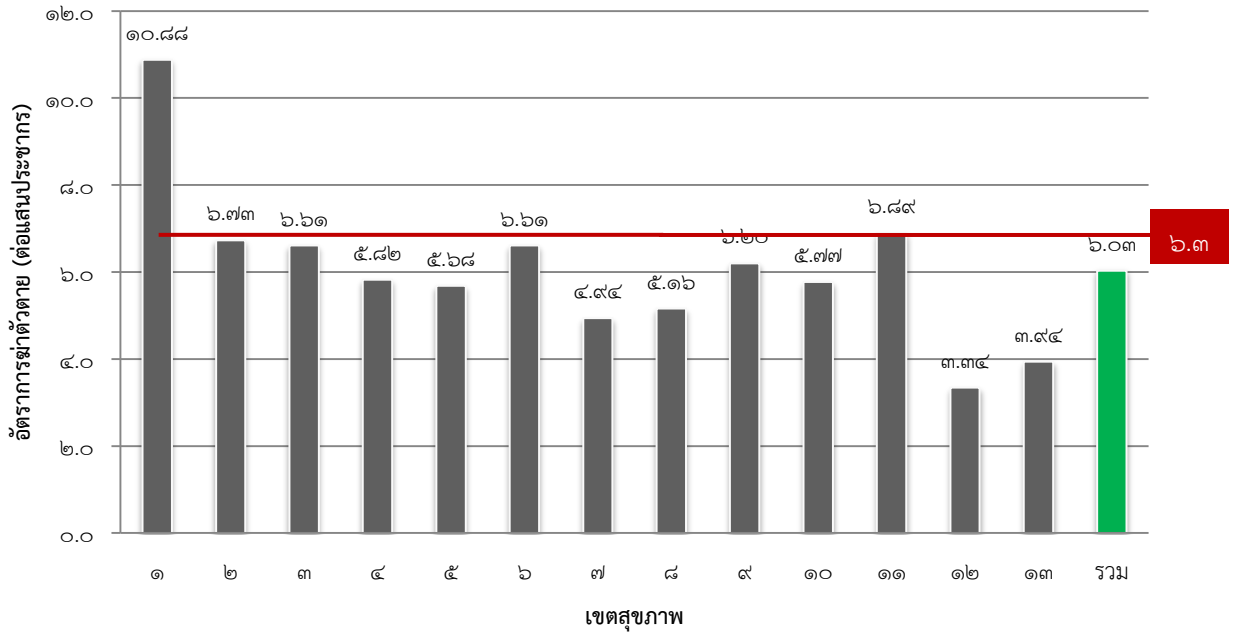
แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสถานการณ์และภาวะต่างๆ ที่หลากหลาย แต่ที่สำคัญคือ ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต และภัยธรรมชาติต่างๆ (ซรินทร์ ลิ้มสนธิกุล, ๒๕๕๒) จะเห็นได้ว่า ภายหลังจากปี พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๘ อัตราการฆ่าตัวตายเริ่มมีแนวโน้มขยับสูงขึ้นจาก ๕.๙๐ ต่อประชากรแสนคน เป็น ๖.๔๗ ต่อประชากรแสนคน เมื่อเริ่มมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ และพัฒนาระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จิตเภท สุรา และสมาธิสั้น) พบว่า แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จเริ่มลดลงในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็น ๖.๓๕ ต่อประชากรแสนคน และ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ๖.๐๓ ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ – ๒๕๖๐

ที่มา : ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ <http://www.suicidethai.com>

เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่ ๑ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คิดเป็น ๑๐.๘๘ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ ๑๑, ๒, ๓ และ ๖ คิดเป็น ๖.๘๙, ๖.๗๓ และ ๖.๖๑ ตามลำดับ ดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จำแนกรายเขตสุขภาพ

ที่มา : ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ <http://www.suicidethai.com>

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติทางสุขภาพจิตแก่ผู้ใกล้ชิด รวมถึงการสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจ จากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ในการดูแลเฝ้าระวังภาวะทางสุขภาพจิต รวมทั้งการเยียวยาจิตใจแก่ผู้ใกล้ชิด องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าในระยะเวลา ๔๕ ปี ผ่านมา มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ ๖๐ จึงมีการคาดการณ์ไว้ว่าปี ๒๕๖๓ ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๑.๕๓ ล้านคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ ๑๐ - ๒๐ เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑ คน ทุก ๒๐ วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย ๑ คน ทุก ๑ - ๒ วินาที (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๓) และตั้งเป้าหมายไว้ว่าภายใน ๕ ปี ร้อยละ ๑๐ ของจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จจะลดลง เทียบกับจำนวนเดิม จึงได้จัดลำดับประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับปานกลาง ซึ่งต้องมีข้อเสนอเชิงมาตรการ คือ การสร้างและบูรณาการนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเสริมสร้างทักษะชีวิตและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนมีส่วนร่วม และพัฒนาระบบช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการคัดกรอง ประเมินระดับความเสี่ยง การช่วยเหลือเบื้องต้น และการติดตามเฝ้าระวังการทำร้ายตัวเองซ้ำ จะสามารถช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้เป็นผลดี

คำนิยาม

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่าง ๆ จนกระทั่งทำได้สำเร็จ

โปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส+) หมายถึง โปรแกรมสำหรับบุคคลทั่วไป เพื่อใช้ในการสังเกต ประเมินตนเอง หรือ บุคคลใกล้ชิด ถึงสัญญาณเตือนการทำร้ายตนเอง (early warning sign) ด้านความคิดและพฤติกรรมเบื้องต้นที่นำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมถึงการมีเทคนิคเบื้องต้นของการดูแลช่วยเหลือและนำเข้าสู่ระบบบริการ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จะมีเครื่องมือเพื่อการ

ประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือน รวมถึงเทคนิคการจัดการเบื้องต้นตามหลักการ ๓ส+ เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมได้รับการดูแลเบื้องต้น จนลดระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายและการทำพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และรู้วิธีการส่งต่อเมื่อไม่ดีขึ้น

โปรแกรม PST (Problem Solving Therapy) หมายถึง โปรแกรมการบำบัดทางความคิดที่ช่วยให้ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ได้ทำความเข้าใจกับลักษณะของปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาในมุมมองใหม่ รวมทั้งการช่วยให้เกิดการค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น และช่วยให้ผู้รับบริการเลือกวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลที่เหมาะสมกับปัญหาความต้องการที่แท้จริง โดยผู้บำบัดคือ บุคลากรด้านสุขภาพที่ผ่านการให้คำปรึกษา หรือบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ใช้ระยะเวลาไม่มาก เหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพ ในระดับ รพช. รพท. รพศ.

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	X ๑๐๐,๐๐๐
จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๒	

แหล่งข้อมูล : อ้างอิงจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. การให้บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M๒ ทุกแห่ง
๒. ระบบการจัดบริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน ในโรงพยาบาลทุกระดับ
๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้อาการอยู่ในระยะสงบ ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น
๔. บูรณาการโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส+) เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑,๒,๓,๔ : การให้บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M๒ ทุกแห่ง ระบบการจัดบริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน ในโรงพยาบาลทุกระดับ พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้อาการอยู่ในระยะสงบ ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น บูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่ยามฆ่าตัวตาย</p>			
<p>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน</p>	<p>รอบที่ ๑</p> <p>๑. บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M๒ ทุกแห่ง</p> <p>๒. ระบบการจัดบริการจิตเวชได้มาตรฐานในโรงพยาบาลทุกระดับ</p> <p>รอบที่ ๒</p> <p>๑. พัฒนาการเข้าถึงบริการ ในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้อาการอยู่ในระยะสงบ</p> <p>๒. บูรณาการโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส+) เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง</p>	<p>รอบที่ ๑</p> <p>๑. ผังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ</p> <p>๒. การประเมินตนเองและแผนการพัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีระดับสูงขึ้น</p> <p>๓. มีการใช้โปรแกรม ๓ส+ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น</p> <p>รอบที่ ๒</p> <p>๑. ผังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ</p> <p>๒. การประเมินตนเองและแผนการพัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีระดับสูงขึ้น</p> <p>๓. มีการใช้โปรแกรม ๓ส+ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น</p> <p>๔. มีการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ด้วยโปรแกรม PST (Problem Solving Therapy) ในหน่วยบริการสาธารณสุข</p> <p>๕. ระบบการติดตามต่อเนื่อง</p>	<p>๓ เดือน : หน่วยบริการในเขตสุขภาพ มีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้พยายาม ฆ่าตัวตายและมีการบันทึกข้อมูลในโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (๔๓ แฟ้ม)</p> <p>๓,๙ เดือน : หน่วยบริการระดับ A – M๑ มีบริการจิตเวช ที่มีมาตรฐานในระดับ ๑</p> <p>๓,๙ เดือน : หน่วยบริการระดับ M๒ – F๓ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑</p> <p>๖ เดือน : เขตสุขภาพมีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว และเศรษฐกิจ) ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร</p> <p>๙ เดือน : หน่วยบริการระดับ A – M๒ มีระบบบริการ จิตเวชเร่งด่วนตามบริบท และสอดคล้องกับแนวทาง การจัดบริการ acute care</p> <p>๙ เดือน : เขตสุขภาพมีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง(กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว และเศรษฐกิจ)ในพื้นที่เสี่ยงต่ออัตราฆ่าตัวตาย</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			๑๒ เดือน : - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน - ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) - ผู้ป่วยโรคจิตตีสู่ราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
- หน่วยบริการระดับ A - M๑ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑ - หน่วยบริการระดับ M๒ - F๓ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑ - หน่วยบริการในเขตสุขภาพมีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้พยายามฆ่าตัวตายและมีการบันทึกข้อมูลในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (๔๓ เพิ่ม)	เขตสุขภาพมีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว และเศรษฐกิจ) ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร	- หน่วยบริการระดับ A - M๒ มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการ acute care - หน่วยบริการระดับ A - M๑ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑ - หน่วยบริการระดับ M๒ - F๓ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑ - เขตสุขภาพมีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว และเศรษฐกิจ)ในพื้นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการดูแลที่เหมาะสม - ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน - ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) - ผู้ป่วยโรคจิตตีสู่ราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/URL
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ	https://www.suicidethai.com/web_suicide/

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมสุขภาพจิต กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ,กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.ณัฐกร จำปาทอง	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์/โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	Tel. ๐-๔๓๒๐-๙๙๙๙ Mobile. ๐๘-๑๘๐๕-๒๔๒๐ e-mail : n_jumpathong@hotmail.com	อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ
นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ กองบริหารระบบบริการ สุขภาพจิต/กองบริหารระบบ บริการสุขภาพจิต	Tel. ๐-๒๕๙๐-๘๒๐๗ Mobile. ๐๘-๙๖๖๖-๗๕๕๓ e-mail : burinsura@hotmail.com	อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๑. เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย มากกว่า ๐.๘ ต่อ ๑๐๐ ในโรงพยาบาล A, S)

๒. เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยเสียชีวิต

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมายมากกว่า ๑.๓ ต่อ ๑๐๐ ในโรงพยาบาล A, S)

คำนิยาม

- ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย
- จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน ๑ ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี ๒๕๖๒ ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๑ เป็นตัวหาร)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

$$= (A/B) \times 100$$

- A หมายถึง จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)
- B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๒. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

$$= (A/B) \times 100$$

- A หมายถึง จำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา
- B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑			
<ul style="list-style-type: none"> อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> การจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล การอบรมบุคลากร 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานเขตสุขภาพ กรรมการ service plan ระดับเขตและกระทรวงสาธารณสุข ฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือนในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.รอบ ๖ เดือนในปี ๖๒ ≥ 0.4 : ๑๐๐ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล $\geq 0.3:100$
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒			
<ul style="list-style-type: none"> อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> การจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล การอบรมบุคลากร 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานเขตสุขภาพ กรรมการ service plan ระดับเขตและกระทรวงสาธารณสุข ฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๑๒ เดือนในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลปี ๖๒ $\geq 0.4:100$ และเพิ่มขึ้นถึง ๑ : ๑๐๐ ในปี ๖๔ ตามลำดับ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล $\geq 0.3:100$

Small Success

- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๐.๒ : ๑๐๐	๐.๔ : ๑๐๐	๐.๖ : ๑๐๐	๐.๘ : ๑๐๐

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> จัดทำคู่มือศูนย์ปลูกถ่ายไต กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนพัฒนาระบบข้อมูลการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ และ กระจกตา กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแนวทางคำตอบแทน 	<ul style="list-style-type: none"> อบรมหลักสูตรพยาบาล TC ๔ เดือน อบรม cornea transplant team 	<ul style="list-style-type: none"> มอบคู่มือศูนย์ปลูกถ่ายไต กระทรวงสาธารณสุขให้โรงพยาบาลเป้าหมาย อบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเครือข่ายบริการรับบริจาคอวัยวะ ๔ ภาค (ปีละ ๒ ภาค) 	<ul style="list-style-type: none"> ประชุมสรุปผลงานประจำปี มอบรางวัลแก่เขตและโรงพยาบาลที่มีผลงานดีเด่น

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
บุคลากร อบรม regional harvesting team			

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/ URL
๑. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข: จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> http://www.organdonate.in.th/ http://bps.moph.go.th/new_bps/
๒. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล		

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์

ประเด็นการตรวจติดตาม

๑. จัดตั้งระบบ regional retrieval team เพื่อผ่าตัดนำอวัยวะ (ไต) ออกจากผู้บริจาคอวัยวะ

ตัวชี้วัด : จัดตั้งระบบ regional retrieval team เพื่อผ่าตัดนำอวัยวะ (ไต) ออกจากผู้บริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย ๑ ทีม ต่อเขตสุขภาพ)

๒. จัดตั้ง Transplant Center เพื่อผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (ไต)

ตัวชี้วัด : จัดตั้ง Transplant Center เพื่อผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (ไต) (เป้าหมาย ๑ ทีม ต่อเขตสุขภาพ)

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจติดตาม ๑. จัดตั้งระบบ regional retrieval team เพื่อผ่าตัดนำอวัยวะ (ไต) ออกจากผู้บริจาคอวัยวะ			
๑ ทีม ต่อเขตสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> การจัดตั้งทีม การจัด workshop ในส่วนกลาง การวางระบบบริหารจัดการเวร การสนับสนุนเรื่องการขนส่ง ค่าตอบแทน และแนวทางการจัดสรรอวัยวะ 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานเขตสุขภาพ กรมการ service plan ระดับเขตและกระทรวงสาธารณสุข 	มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากภาวะสมองตายเพิ่มขึ้น และอวัยวะบริจาคมีคุณภาพมากขึ้น และพึงพาทีมผ่าตัดจากส่วนกลางน้อยลง
ประเด็นการตรวจติดตาม ๒. จัดตั้ง Transplant Center เพื่อผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (ไต)			
๑ ทีม ต่อเขตสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> การจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล การอบรมบุคลากร การจัดหาครุภัณฑ์ และสถานที่ 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานเขตสุขภาพ กรมการ service plan ระดับเขตและกระทรวงสาธารณสุข 	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้าถึงบริการปลูกถ่ายไตได้มากขึ้น

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address
แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโภาค	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สำนัก/กอง รพ.ราชวิถี	Tel. ๐๒-๓๕๔๘๑๐๘ ต่อ ๕๕๑๔ Mobile ๐๙๕-๔๐๙๑๖๑๙ e-mail korntip_p@rajavithi.go.th

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address
แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโภาค	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สำนัก/กอง รพ.ราชวิถี	Tel. ๐๒-๓๕๔๘๑๐๘ ต่อ ๕๕๑๔ Mobile ๐๙๕-๔๐๙๑๖๑๙ e-mail korntip_p@rajavithi.go.th

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาไต

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$

คำนิยาม

- CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วยตามสมการ CKD-EPI)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และได้รับการตรวจ creatinine และมีผล $eGFR \geq 2$ ค่าในปีงบประมาณ สำหรับการตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๖ เดือน และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๔ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๔ เดือน
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น
 ๑. N๑๘๓-๑๘๔ หรือ
 ๒. N๑๘๙, E๑๐๒, E๑๑๒, E๑๒๒, E๑๓๒, E๑๔๒, I๑๒, I๑๓, I๑๕๑, N๑๘๓, N๑๒, N๑๓, N๑๔, N๑๕, N๑๖, N๑๗, N๑๘, N๑๑, N๑๓, N๑๔, N๑๐, N๑๑, N๑๒, N๑๓ ที่มี eGFR น้อยกว่า ๖๐ แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$

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

- A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล $eGFR \geq 2$ ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4
- B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล $eGFR \geq 2$ ค่า

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
อย่างน้อยร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	การขยายบริการ CKD clinic ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลในระดับ F๓ ขึ้นไป	ผ่านสำนักงานเขต/สสจ./การประชุม SP กระทรวง สธ.	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการเสื่อมของไตช้าลง
	การประเมิน CKD clinic คุณภาพ	การทำ self assessment และทำการประเมินแบบไขว้จังหวัดในเขตเดียวกัน	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศแนวทางการประเมิน CKD clinic คุณภาพ และ ส่วนกลางชี้แจงวิธีการประเมิน - ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า ๔๐% - มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัด และอย่างน้อย ๕๐% ของ CKD clinic ในโรงพยาบาลระดับ M๒, F๑-๒ ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ - ร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า ๔๐% - มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัด และอย่างน้อย ๕๐% ของ CKD clinic ในโรงพยาบาลระดับ M๒, F๑-๒ ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ - ร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า ๘๐% - มีการขยายบริการ CKD clinic ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลในระดับ F๓ ขึ้นไปครบ ๑๐๐% - มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัด และอย่างน้อย ๕๐% ของ CKD clinic ในโรงพยาบาลระดับ M๒, F๑-๒ ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ - ร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า ๘๐% - อย่างน้อยร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก)	ระบบ	ที่อยู่/ URL
๑. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	HDC	https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์เจริญ เกียรติวัชรชัย	ตำแหน่ง นายแพทย์ เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สำนัก/กอง รพ.หาดใหญ่	โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๖๗๓๐๙๑๕ E-mail : kcharoen๐๐๗@hotmail.com	ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ประสานงานตัวชี้วัด

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงวรางคณา พิชัยวงศ์	ตำแหน่ง นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ สำนัก/กอง รพ.ราชวิถี	โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๔๖๙๔๖๙ E-mail : wpichaiw@hotmail.com	รายงานผลการ ดำเนินงาน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการผ่าตัด One Day Surgery

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery

คำนิยาม : การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษา ทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกัน กับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ ๒ ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออก ไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษากการผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) (ICD-๙-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) :

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery = (A/B) X ๑๐๐ โดยที่

A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery

B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่

กำหนด (Principle diagnosis)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
ร้อยละ ๒๐	จัดตั้งหน่วยให้บริการเพิ่มตามแนวทางคู่มือของกรมการแพทย์	ประเมินรูปแบบการให้บริการมีมาตรฐานตามแนวทางการดำเนินงานและข้อเสนอแนะด้านความปลอดภัยกรมการแพทย์	มีหน่วยงานที่ให้บริการในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อมและสมัครใจ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
ร้อยละ ๒๐	เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery	ร้อยละ ๒๐

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
โรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อมในเขตสุขภาพเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ODS อย่างเป็นระบบสามารถวางแผนและพัฒนาการให้บริการอย่างเหมาะสมตามบริบท	โรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อมและสมัครใจสามารถดำเนินการได้เพิ่มอย่างน้อย ๑ แห่ง ต่อเขตสุขภาพ	- โรงพยาบาลทุกระดับสามารถดำเนินการ ODS ได้อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง - โรงพยาบาลให้บริการผ่าตัด ODS เป็นแบบ One Stop Service อย่างน้อยเขตละ ๑ แห่ง	โรงพยาบาลให้บริการผ่าตัด ODS เป็นแบบ One Stop Service อย่างน้อยเขตละ ๑-๒ แห่ง

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ ย่อย)	ระบบ
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	One Day Surgery System

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ email address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนัก การแพทย์เขตสุขภาพที่ ๒ กรมการแพทย์	Tel : ๐ ๒๕๑๗ ๔๒๗๐-๙ ต่อ ๗๖๗๘-๙ Mobile : ๐๘๒ ๖๔๙ ๔๘๘๔ e-mail : kityimpan@gmail.com	ให้ข้อมูลทาง วิชาการ รวบรวม จากเขตสุขภาพ และประมวลผล การดำเนินการ
นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน	ตำแหน่ง : นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.มหาราชนครราชสีมา	Tel : ๐ ๔๔๒๓ ๕๐๐๐ Mobile : ๐๘๑ ๙๖๗ ๔๑๔๘ e-mail : tawechai๑@hotmail.com	
นพ.วิบูลย์ ภัณฑิลาภิรักษ์	ตำแหน่ง : นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.พหลพลพยุหเสนา	Tel : ๐ ๓๔๕๘ ๗๘๐๐ Mobile : ๐๘๑ ๙๔๑ ๗๗๔๖ e-mail : wibunphantha@yahoo.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนัก การแพทย์เขตสุขภาพที่ ๒ กรมการแพทย์	Tel : ๐ ๒๕๑๗ ๔๒๗๐-๙ ต่อ ๗๖๗๘-๙ Mobile : ๐๘๒ ๖๔๙ ๔๘๘๔ e-mail : kityimpan@gmail.com	วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ
นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล	ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	Tel : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๒๙ โทรสาร : ๐ ๒๙๖๕ ๙๘๕๑ e-mail : sp.dms๕๗@gmail.com	สรุปผลการ ดำเนินการ ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย ๑๘.๕)

คำนิยาม

๑. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน

๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การพอกยาสมุนไพรเพื่อการรักษา
- การทึบหม้อเกลือ
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัส

ภายหลัง



๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น การฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

๔. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/URL
๒. ส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยมีจำนวนรายการยาสมุนไพรมากกว่าร้อยละ ๖ ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด	ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ๑. ข้อมูลเพิ่ม drug_opd (จำนวนรายการการสั่งยาแผนปัจจุบัน) ๒. OPD-การจ่ายยาสมุนไพร รายปีงบประมาณ (จำนวนรายการการสั่งยาสมุนไพร)	  ๑. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/s_report.php?source=monitor/monitor_drug_opd.php&tname=%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B9%81%E0%B8%9F%E0%B9%89%E0%B8%A1%20drug_opd&id=07508ef2cf345c67190fe96fb0740f7f&tb_name=drug_opd ๒. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=30bc6364fc06a33a7802e16bc556acmb&id=65a9f949640d4d402b3cb38805bb4d6

หมายเหตุ : ที่อยู่ URL อาจมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากอยู่ระหว่างการพัฒนาฐานข้อมูล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สถาบันการแพทย์แผนไทย

กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address
ดร.ภญ.อัญชลี จุฑาทุทธิ	ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน	Tel : ๐-๒๕๕๑-๔๔๐๙ Mobile : ๐๘๕-๔๘๕-๖๙๐๐ E-mail : anchaleeuan@gmail.com
นพ.ขวัญชัย วิศิษฐานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย	Tel : ๐-๒๑๔๙-๕๖๔๗ Mobile : ๐๘๔-๔๓๙-๑๕๐๕ E-mail : khwanacha@health.moph.go.th
นายสมศักดิ์ กริชชัย	หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนเขตสุขภาพ กองวิชาการและแผนงาน	Tel : ๐-๒๑๔๙-๕๖๕๓ Mobile : ๐๘๑-๖๘๔-๖๖๘๓ E-mail : augus_organ@hotmail.com
นางศรีจรรยา โชติศักดิ์	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน	Tel : ๐-๒๙๖๕-๙๔๙๐ Mobile : ๐๙๙-๒๔๕-๙๗๙๑ E-mail : kungfu๕๕@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address
น.ส.ผุสชา จันทร์ประเสริฐ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ แผนงาน กองวิชาการและ แผนงาน	Tel : ๐-๒๙๖๕-๙๔๙๐ Mobile : ๐๖๔-๓๒๓-๕๙๓๙ E-mail : ppin๑๙๘๗@gmail.com
น.ส.สุดารัตน์ เกตโล	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ กลุ่มงาน สนับสนุนเขตสุขภาพ กองวิชาการและแผนงาน	Tel : ๐๘๓-๓๓๙-๒๒๕๒ Mobile : ๐๒-๑๔๙-๕๖๕๓ E-mail : sudarat.osta@gmail.com

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อไม่เรื้อรัง

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)

คำนิยาม

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

- ๑.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)
- ๑.๒ การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)
- ๑.๓ การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

- A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย
- B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke : I๖๐-I๖๙)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$
--------------------	--------------------

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ และ รอบ ๒			
ตัวชี้วัดหลัก ๑. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) Unit	๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ ๒. ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness ผู้สาธารณชน ๓. โรงพยาบาล ระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ๔. จัดให้มี Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม ๕. จัดให้มีเครือข่ายบริการ ทั้ง Acute และ Intermediate care ๖. จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในเขตและนอกเขต บริการที่รับผิดชอบให้ชัดเจน ๗. สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่แพทย์พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัด ๘. กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	๖ เดือน และ ๑๒ เดือน	ตัวชี้วัดหลัก ๑. น้อยกว่าร้อยละ ๗

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง ๒. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง	๑. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) \geq ๓๕%	๑. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) \geq ๔๐%	๑. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) \geq ๔๐%

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ ย่อย)	ระบบ
๑. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙)	HDC
	รายงานผลการตรวจราชการ (ตก.๑, ๒) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๑, ๒

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
๑. นพ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล	ตำแหน่ง : นายแพทย์ ทรงคุณวุฒิ สถาบันประสาทวิทยา	Tel : ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๒๔๐๘ Mobile : ๐๘๑ ๘๔๓ ๔๕๐๒ e-mail : suchathanc@yahoo.com	โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขาโรค หลอดเลือดสมอง (Stroke)
๒. นางจุฑาภรณ์ บุญธง	ตำแหน่ง : นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา	Tel : ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๑๑๓๘ Mobile : ๐๘๗ ๑๑๔ ๙๔๘๐ e-mail : j.bunthong@gmail.com	โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขาโรค หลอดเลือดสมอง (Stroke)

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
๑. นางจุฑาภรณ์ บุญธง	ตำแหน่ง : นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา	Tel : ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๑๑๓๘ Mobile : ๐๘๗ ๑๑๔ ๙๔๘๐ e-mail : j.bunthong@gmail.com	โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขาโรค หลอดเลือดสมอง (Stroke)

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอายุรกรรม (Sepsis)

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

คำนิยาม

๑. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock
 - ๑.๑ ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ ๒) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้
 - ๑.๒ ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP \geq ๖๕ mm Hg และมีค่า serum lactate level $>$ ๒ mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม
๒. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม

 ๑. อัตราตายจาก community-acquired sepsis
 ๒. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis
๓. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community-acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกันทั่วประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป
๔. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป (ตารางที่ ๓) modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ ๔ ข้อขึ้นไป (ตารางที่ ๔) ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้
๕. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD ๑๐ และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อ ในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย, การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

สถานการณ์

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทย มีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ ๑๓๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่า มีผู้ป่วย sepsis ๑ ราย เกิดขึ้นทุกๆ ๓ นาที และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต ๕ รายทุก ๑ ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมากมาย

แม้ว่าปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อคือ มียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง โดยอัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูงโดยอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๐๓ สำหรับในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๘๕ ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ ๓๐)

กลยุทธ์และแนวทางในการปฏิบัติการเพื่อทำให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย

๑. การสร้างทีมงานคอยประสานงานและติดตามตัวชีวิตในโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยในแต่ละโรงพยาบาลควรมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และต้องมีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis case manager) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอย่างน้อย ๑ คน
๒. เน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วและวินิจฉัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยในประเทศไทยก็มีการใช้ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score ช่วยในการคัดกรอง
๓. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้นการปฏิบัติงานให้ครบ (sepsis bundles)
๔. จัดทำแนวทางการการส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดการสื่อสารและดูแลอย่างต่อเนื่อง
๕. สร้างช่องทางด่วนช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีและสามารถเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักไอซียูได้อย่างรวดเร็ว (Sepsis Fast Track) ในกรณีที่เตียงใน ICU ว่างและสามารถรับผู้ป่วยได้
๖. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ในทุกโรงพยาบาล เพื่อรับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นและสร้างแนวทางการพัฒนางานต่อไปให้สำเร็จมากยิ่งขึ้น

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A+C) / D \times ๑๐๐$$

- A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)

- B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๒ ดีขึ้น
- C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ดีขึ้น
- D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)

ประเด็นการตรวจติดตาม

๑. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A+B) / C \times ๑๐๐$$

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic
- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A+B) / C \times ๑๐๐$$

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.
- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

๓. อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม. แรกหลังวินิจฉัย

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A+B) / C \times ๑๐๐$$

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม.
- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

๔. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน ๓ ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน ๓ ชม. (sepsis fast track)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A+B) / C \times ๑๐๐$$

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน ๓ ชม.
- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

หมายเหตุ: วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น: อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผ่านประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ดังนี้

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑			
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	<p>๑. มีคณะทำงาน sepsis เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ</p> <p>๒. มีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis case manager) ในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอย่างน้อย ๑ คนเพื่อติดตามตัวชี้วัดและแจ้งผลให้คณะทำงานรับทราบในไตรมาสที่ ๒</p> <p>๓. สร้างระบบ Sepsis fast track ในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วย sepsis แบบรุนแรงได้เข้าไอซียูภายใน ๓ ชม. มากกว่าร้อยละ ๓๐</p> <p>๔. สร้างระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย sepsis</p> <p>๕. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพให้คณะทำงานรับทราบในไตรมาสที่ ๒</p>	ตรวจติดตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับนำเสนอตัวชี้วัดย่อยเพื่อให้เห็นกระบวนการทำงาน ในส่วนของ process โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือนในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ในไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๖๒ น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ และลดลงถึงน้อยกว่าร้อยละ ๒๔ ในปี ๒๕๖๔ ตามลำดับ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒			
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๑. มีคณะทำงาน sepsis เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ	ตรวจติดตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ในไตรมาสที่ ๔ ปี

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	<p>๒. มีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis case manager) ในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอย่างน้อย ๑ คนเพื่อติดตามตัวชี้วัดและแจ้งผลให้คณะทำงานรับทราบในไตรมาสที่ ๔</p> <p>๓. สร้างระบบ Sepsis fast track ในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วย sepsis แบบรุนแรงได้เข้าไอซียูภายใน ๓ ชม. มากกว่าร้อยละ ๓๐</p> <p>๔. สร้างระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย sepsis</p> <p>๕. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพให้คณะทำงานรับทราบในไตรมาสที่ ๔</p>	sepsis ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับนำเสนอตัวชี้วัดย่อยให้เห็นกระบวนการทำงาน ในส่วนของ process โดยนำเสนอข้อมูล ๑๒ เดือนในภาพรวมของจังหวัด หรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	๒๕๖๒ น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ และลดลงถึงน้อยกว่าร้อยละ ๒๔ ในปี ๒๕๖๔ ตามลำดับ

ประเด็นการตรวจติดตาม

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจติดตาม รอบที่ ๑			
<ul style="list-style-type: none"> อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ 	<p>๑. การสร้างทีมประสานงานและติดตามตัวชี้วัดในโรงพยาบาลทุกแห่ง</p> <p>๒. เน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score</p>	ตรวจติดตามตัวชี้วัดจากฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลหรือโปรแกรม SepNet หรือด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแบบอื่นๆ โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือนในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ตามลำดับ

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<ul style="list-style-type: none"> ● อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ● อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ● มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S) 	<p>๓. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้นการปฏิบัติงานให้ครบ (sepsis bundles) โดยเฉพาะที่ห้องฉุกเฉินของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด</p> <p>๔. จัดทำแนวทางการการส่งต่อภายในจังหวัดที่ชัดเจนเพื่อทำให้เกิดการสื่อสารและดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๕. มีการเตรียมจัดยา Antibiotic IV พื้นฐานตามแนวทางการดูแลติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ได้แก่ Ceftriazone เป็นต้นและมีการเตรียมจัดชุด Hemoculture ไว้ที่ห้องฉุกเฉินของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด</p> <p>๖. สร้างช่องทางด่วนช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงได้รับการดูแลอย่างทันทีทัน่วงที่และสามารถเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักไอซียูได้อย่างรวดเร็ว (Sepsis Fast Track) ในกรณีที่เตียงในไอซียูว่างและสามารถรับผู้ป่วยได้</p>		
ประเด็นการตรวจติดตาม รอบที่ ๒			
<ul style="list-style-type: none"> ● อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic) ● อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ● อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ● อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ● มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response 	<p>๑. การสร้างทีมประสานงานและติดตามตัวชี้วัดในโรงพยาบาลทุกแห่ง</p> <p>๒. เน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score</p> <p>๓. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้นการปฏิบัติงานให้ครบ (sepsis bundles) โดยเฉพาะที่ห้องฉุกเฉินของทุก</p>	<p>ตรวจติดตามตัวชี้วัดจากฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลหรือโปรแกรม SepNet หรือด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแบบอื่นๆ โดยนำเสนอข้อมูล ๑๒ เดือนในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)</p>	<p>ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ตามลำดับ</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)	<p>โรงพยาบาลในจังหวัด</p> <p>๔. จัดทำแนวทางการการส่งต่อภายในจังหวัดที่ชัดเจนเพื่อทำให้เกิดการสื่อสารและดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๕. มีการเตรียมจัดยา Antibiotic IV พื้นฐานตามแนวทางการดูแลติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ได้แก่ Ceftriazone เป็นต้นและมีการเตรียมจัดชุด Hemoculture ไว้ที่ห้องฉุกเฉินของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด</p> <p>๖. สร้างช่องทางด่วนช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงได้รับการดูแลอย่างทันที่และสามารถเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักไอซียูได้อย่างรวดเร็ว (Sepsis Fast Track) ในกรณีที่เตียงในไอซียูว่างและสามารถรับผู้ป่วยได้</p>		

Small Success

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐
ประเด็นการตรวจติดตาม			
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่	อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ใน	อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อ	อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	กรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	ห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	ห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐
		มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)	มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/ URL
๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired sepsis	HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ	https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม	ฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลหรือโปรแกรม SepNet โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัดและภาพรวมของเขตสุขภาพ	
๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic		
๔. อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม. แรก		
๕. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐		
๖. มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)		

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์พจน์ อินทลาภพร	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยงาน โรงพยาบาลราชวิถี	โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๑๒๕๘๙๑ E-mail: drpojin@yahoo.com	สรุปผลการดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก	โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑-๕๙๖๘๕๓๕ E-mail: mr.sepsis@yahoo.com	สรุปผลการดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
นพ.นิพนธ์ เถลิมนพันธ์ชัย	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๘-	สรุปผลการดำเนินการ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
	หน่วยงาน โรงพยาบาลลำปาง	๒๕๑๘๐๓๖ E-mail: crisis๒๗@gmail.com	วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์พจน์ อินทลาภพร	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยงาน โรงพยาบาลราชวิถี	โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑- ๖๑๒๕๘๙๑ E-mail: drpojin@yahoo.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ พิเศษ หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก	โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑- ๕๙๖๘๕๓๕ E-mail: mr.sepsis@yahoo.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยงาน โรงพยาบาลลำปาง	โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๘- ๒๕๑๘๐๓๖ E-mail: crisis๒๗@gmail.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ ๑ SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature > ๓๘°C or < ๓๖°C

Heart rate > ๙๐ beats/min

Respiratory rate > ๒๐ /min หรือ PaCO_๒ < ๓๒ mm Hg

WBC > ๑๒,๐๐๐ /mm^๓, < ๔๐๐๐ /mm^๓, หรือมี band form > ๑๐ %

ตารางที่ ๒ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level > ๒ mmol/L (๑๘ mg/dL)

Urine output < ๐.๕ mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า ๒ ชม. แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี Pao_๒/Fio_๒ < ๒๕๐ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี Pao_๒/Fio_๒ < ๒๐๐ โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine > ๒.๐ mg/dL (๑๗๖.๘ μmol/L)

Bilirubin > ๒ mg/dL (๓๔.๒ μmol/L)

Platelet count < ๑๐๐,๐๐๐ μL

Coagulopathy (international normalized ratio > ๑.๕ หรือ aPTT > ๖๐ วินาที)

ตารางที่ ๓ qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

๑. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า ๑๕ ก็ได้)

๒. Systolic blood pressure ≤ ๑๐๐ mm Hg

๓. Respiratory rate ≥ ๒๒/min

ตารางที่ ๕ SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ดี ทุกความรู้สึก	ซึม แต่เรียกแล้วลืม คำสั่งสั้น	ซึมมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

หมายเหตุ:

๑. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
๒. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z ๕๑.๕)

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัด (กำกับติดตาม) : ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq ๑๐\%$

คำนิยาม

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๕) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น ในปี ๒๕๕๗ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ๕๘,๖๘๑ คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๗ คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ ๙๐.๓๔ ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน ๑๘,๐๗๙ คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ ๒ คน คิดเป็นอัตราป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ ๒๗.๘๓ ต่อแสนประชากร

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง การให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และหรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention หรือ PCI) จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย

โรงพยาบาลในระดับ F๒ หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง ๓๐ - ๙๐ เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม ๒ - ๕ คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัดมีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

$$(A/B) \times ๑๐๐,๐๐๐$$

A = จำนวนประชากรที่ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๕)

B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน

๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq ๑๐\%$

$$(A/B) \times ๑๐๐$$

A = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD๑๐ -WHO - I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด

B = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD๑๐ -WHO - I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร			
ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	๑. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตามโปรแกรม	- มีหรือไม่ - จำนวนเท่าไร	- มี - ยอดจำนวน
	๒. ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน	- จำนวน - ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ ๘๐
	๓. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้รักษาโดยการทำบอลลูนหรือการผ่าตัด By pass โดยลดเวลาระยะเวลารอคอยการทำ	- จำนวน - ระยะเวลารอคอย (วันสัปดาห์ เดือนปี)	ไม่เกิน ๓ เดือน
	๔. ในรายที่เป็นโรคแล้วให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ	✓	✓
	๕. ให้การศึกษากับผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ	มีสื่อวีดิทัศน์	มี
	๖. มีข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยดูสาเหตุการตายจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์	- จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ - จำนวนประชากรกลางปี	ไม่เกิน ๒๖/แสนประชากร
ประเด็นการตรวจราชการที่ติดตาม ๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (≤๑๐)			
๑. เพิ่มหน่วยบริการหรือการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือด	มีข้อมูลจำนวนหน่วยบริการและผู้ป่วยที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือด	ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๘๐%	ต้องมี
๒. ปรับระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม (ภายใน ๓-๑๒ ชม. หลังมีอาการ) ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด	มีข้อมูล - Door to needle time - Door to balloon time	มีข้อมูล - % Door to needle time < ๓๐ นาที - % Door to balloon time < ๓๐ นาที	ควรมี

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๓. มีข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	- ลดอัตราเสียชีวิตในโรงพยาบาลน้อยกว่า ๑๐ %	มีข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลโดยมี - Stock ยา - มีระบบบริหารยา	

Small Success ตรวจราชการ

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

มาตรการ	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตามโปรแกรม	✓	✓	✓	✓
๒. ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน	✓	✓	✓	✓
๓. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้รักษาโดยการทำการบอลลูนหรือการผ่าตัด By pass โดยลดเวลาระยะเวลารอคอยการทำ	✓	✓	✓	✓
๔. ในรายที่เป็นโรคแล้วให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ	✓	✓	✓	✓
๕. ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ	✓	✓	✓	✓
๖. มีข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยดูสาเหตุการตายจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์	✓	✓	✓	✓
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	-	-	-	๒๖

Small Success ติดตาม

๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (≤ 10)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑๐	๑๐	๑๐	๑๐

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/ URL
๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร	จากการตรวจราชการและข้อมูล Thai Acute Coronary syndrome registry ที่ลงทะเบียนมาจากโรงพยาบาลในทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข	Thai ACS Registry (http://www.ncvdt.org/)
๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (≤ 10)	ข้อมูลจากเวชระเบียนและข้อมูลที่ลงในโปรแกรม Thai ACS Registry แยกตามเขตสุขภาพ รวบรวมโดยกรมการแพทย์ และนำเสนอสำนักนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (HDC)	HDC https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
นพ.เกรียงไกร เสงร์รัมย์	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	Tel. ๐๒-๕๕๑-๕๕๕๕ ต่อ ๓๐๕๒๐ Mobile : ๐๘๑-๓๔๘-๔๒๓๖ e-mail : Kk_hm๒๐๐๐@yahoo.com
กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	Tel. ๐๒-๕๕๐-๖๓๕๘ e-mail : supervision.dms@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	Tel. ๐๒-๕๕๐-๖๓๕๘ e-mail : supervision.dms@gmail.com

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

คำนิยาม

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

การพัฒนา ECS ในปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ

“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น *Triage Level ๑* “การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง (Severe traumatic brain injury) หมายถึง การที่มีประวัติข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ การที่มี ประวัติศีรษะถูกกระทบ หรือ มีบาดแผลบริเวณหนังศีรษะ และ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้สติแม้เพียงช่วงเวลาหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมบาดแผลบริเวณใบหน้า กระดูกใบหน้าแตก สิ่งแปลกปลอมเข้าในรูจมูกหรือหู หรือเลือดกำเดาไหลซึ่ง The Demographics and Clinical Assessment Working Group ของ International and Interagency Initiative toward Common Data Elements for Research on Traumatic Brain Injury and Psychological Health ได้ให้คำนิยามไว้ดังนี้ “TBI คือ การเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพของสมองจากแรงกระทำภายนอก”

การค้นรหัส ICD ๑๐ ของ การบาดเจ็บรุนแรงต่อเนื้อสมอง ไม่มีรหัสโรคโดยตรง การสืบค้นข้อมูล ทำโดยใช้รหัสโรคของอุบัติเหตุชนิดต่างๆ ต่อเนื้อสมอง (S ๐๖.๐ – S ๐๖.๙) โดยตัดกลุ่ม S ๐๖.๐ อันหมายถึง cerebral concussion ที่เป็นการกระทบชนิดไม่รุนแรงออก ร่วมกับรหัสการใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๐, ๙๖.๐๔, ๙๖.๐๕) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD ๑๐: R ๔๐.๒๔๓)

การค้นข้อมูลในแบบนี้ อาจมีผู้ป่วยบาดเจ็บต่อเนื้อสมองที่ไม่รุนแรง แต่ถูกใส่ท่อช่วยหายใจด้วยสาเหตุอื่นๆ มาปนได้ แต่น่าจะไม่มากนัก ข้อมูลที่ดี ควรมาจากการเก็บข้อมูลผ่าน Traumatic brain injury registry ที่อาจเกิดขึ้นในเวลาต่อไป

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

$$(A/B) \times 100$$

<p>ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-Trauma<๑๒%)</p> <p>A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง</p> <p>B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๑.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๑.๒ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน ๒ ชม.</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่ admit ทั้งหมด</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลทุกระดับ</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๒.๒ อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S ๐๖.๑ – S ๐๖.๙) ไม่เกินร้อยละ ๔๕</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (ICD S๐๖.๑-S ๐๖.๙) และใส่ท่อหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๐, ๙๖.๐๔, ๙๖.๐๕) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๗) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD ๑๐: R ๔๐.๒๔๓)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองทั้งหมด ICD S๐๖.๑-S ๐๖.๙ และใส่ท่อหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๐, ๙๖.๐๔, ๙๖.๐๕) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๗) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD ๑๐: R ๔๐.๒๔๓)</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓.๑ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ</p> <p>B = จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓.๒ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด</p>

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care - ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง - เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ไม่เกินร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-Trauma<๑๒%)

ประเด็นการตรวจติดตาม

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจติดตาม ๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care			
๑.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจง/ฝึกอบรมการประเมิน ECS คุณภาพ และ TEA unit - ปรับเกณฑ์ ECS คุณภาพให้สูงขึ้น - สร้างเครื่องมือประเมิน TEA unit (outcome based) - ประสานงาน/สนับสนุน/ร่วมจัดการฝึกอบรม 	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐
๑.๒ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน <๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเป็นนโยบายของเขตสุขภาพ - มาตรการลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด - ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (๒P Safety) - ER Quality Improvement (Audit) - ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit 	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐
ประเด็นการตรวจติดตาม ๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง			
๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจง/ฝึกอบรมการประเมิน ECS คุณภาพ, TEA unit - ปรับเกณฑ์ ECS คุณภาพให้สูงขึ้น - สร้างเครื่องมือประเมิน TEA unit (outcome based) 	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ร้อยละ ๑๐๐
๒.๒ อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S ๐๖.๑ – S ๐๖.๙)	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงาน/สนับสนุน/ร่วมจัดการฝึกอบรม - กำหนดเป็นนโยบายของเขตสุขภาพ - มาตรการลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด - ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (๒P Safety) - ER Quality Improvement (Audit) - ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit 	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ไม่เกินร้อยละ ๔๕

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจติดตาม ๓. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน			
๓.๑ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการ IS/PHER/ITEMS/HIS - ยึดการใช้ข้อมูลแฟ้ม ACCIDENT - แนวทางการจัดทำรายงานตัวชี้วัด - ประสาน HDC เพื่อปรับปรุงระบบข้อมูล 	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐
๓.๒ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทีมนิเทศ data management ลงพื้นที่ - บูรณาการข้อมูลในระดับเขต/ จังหวัด โดยใช้แฟ้ม ACCIDENT เป็นหลัก - มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาในระดับเขต - TEA unit มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาส่งออกข้อมูลแฟ้ม ACCIDENT ให้ได้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา 		ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

Small Success

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-Trauma<๑๒%)			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ < ๑๕%	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ < ๑๕%	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ < ๑๒%

ประเด็นการตรวจติดตาม

๑.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐
๑.๒ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน <๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	-	-	ร้อยละ ๖๐

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย PS score > ๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ ๑๐๐			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	ร้อยละของผู้ป่วย PS score>๐.๗๕ ในโรงพยาบาล ระดับ Fl๒ ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ ๑๐๐	-	ร้อยละของผู้ป่วย PS score>๐.๗๕ ในโรงพยาบาล ระดับ Fl๒ ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ ๑๐๐
๒.๒ อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S ๐๖.๑ – S ๐๖.๙) ไม่เกินร้อยละ ๔๕			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ไม่เกินร้อยละ ๔๕	ไม่เกินร้อยละ ๔๕	ไม่เกินร้อยละ ๔๕	ไม่เกินร้อยละ ๔๕
๓.๑ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	-	-	ร้อยละ ๑๐
๓.๒ อัตราของโรงพยาบาลระดับ Fl๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๘๐

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด	ระบบ	ที่อยู่ URL
ตัวชี้วัดหลัก อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ตัวชี้วัดรอง: ๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care (๑.๑ และ ๑.๒) ๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง (๒.๑ และ ๒.๒) ๓. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน (๓.๑ และ ๓.๒)	๑. ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ๒. ฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ	ตำแหน่ง : นายแพทย์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัย ภูเบศร จ.ปราจีนบุรี	Mobile : ๐๘๖-๑๔๑๔๗๖๙ e-mail : beera๐๒๔@gmail.com	ให้ ข้อมูล ทาง วิชาการ รวบรวม จากเขตสุขภาพ และประมวลผล การดำเนินการ
นายสโรช จินดาวนิษฐ์	ตำแหน่ง : นักวิชาการ สาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	Tel. : ๐๒-๕๙๐๑๖๖๔ Mobile : ๐๘๑-๐๗๔๕๕๕๙๙ e-mail : maxjung_woo@hotmail.com	
นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้	ตำแหน่ง : นักวิชาการ สาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	Tel. : ๐๒-๕๙๐๑๖๖๔ Mobile : ๐๙๕-๔๘๔๕๘๒๙ e-mail : m.b.parichat@gmail.com	
นางสาวพิมลมาส คุ่มชุ่ม	ตำแหน่ง : นักวิชาการ สาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	Tel. : ๐๒-๕๙๐๑๖๖๔ Mobile : ๐๘๕-๒๘๗๘๙๔๕ e-mail : pepimolmas๑๑@gmail.com	
นายอัครเดช เป็งจันทา	ตำแหน่ง : นักวิชาการ สาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	Tel. : ๐๒-๕๙๐๑๖๖๔ Mobile : ๐๙๓-๓๙๒๓๗๐๒ e-mail : akardhp@gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นพ.ธีรชัย ยงชัยตระกูล	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	Tel. : ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๔๖ Mobile : ๐๘๑-๘๔๒๙๓๘๔ e-mail : teerachai.y@gmail.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ
นพ.เกษมสุข โยธามุตร	กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์	Tel. : ๑๔๑๕ ต่อ ๒๔๑๓ Mobile : ๐๘๓-๘๐๓๓๓๑๐ e-mail : k.yothasamutr@gmail.com	
นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ	ตำแหน่ง : นายแพทย์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัย ภูเบศร จ.ปราจีนบุรี	Mobile : ๐๘๖-๑๔๑๔๗๖๙ e-mail : beera๐๒๔@gmail.com	

คณะที่ ๓

การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน การจัดบริการสุขภาพ

๑. ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- ๑.๑ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
- ๑.๒ จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

๒. ระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ

- ๒.๑ ร้อยละของ รพ. สังกัด กสธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
- ๒.๒ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
- ๒.๓ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ ร้อยละ ๑๐๐
- ๒.๔ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
- ๒.๕ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

๓. การบริหารจัดการประสิทธิภาพ

- ๓.๑ เขตสุขภาพดำเนินการ digital transformation อย่างน้อยเขตละ ๑ จังหวัด
- ๓.๒ การใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง
- ๓.๓ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ

(คกต.) คณะที่ ๓

ประเด็นและตัวชี้วัดการตรวจราชการที่มุ่งเน้น
ตอนที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อ
สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

ตอนที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพมากกว่าร้อยละ ๗๐ (มีข้อมูล มีแผนการบริหารตำแหน่ง มีการดำเนินการตามแผน และบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ \geq ร้อยละ ๗๐)

คำนิยาม

๑. เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง เขตสุขภาพ (ทุกจังหวัด ภายในเขตสุขภาพ) ที่ได้รับคะแนนตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ ๔ ประเด็นโดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จากคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ ๔ ประเด็นดังกล่าว ประกอบด้วย

ประเด็น	การดำเนินการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	คะแนน	คะแนนเต็ม		
๑	มีข้อมูล				
	๑. ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน	๑๐ คะแนน			
	๒. มีการรายงานสถิติกำลังคน	๕ คะแนน			
	๓. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข	๑๐ คะแนน			
รวมคะแนน			๒๕ คะแนน		
๒	มีแผนบริหารตำแหน่ง				
	๑. มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนกำลังคน	๕ คะแนน			
	๒. จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง	๑๐ คะแนน			
	๓. มีแผนกำลังคน ด้านอื่นๆ เช่น แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ	๕ คะแนน			
	๔. มีการประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ แผนบริหารตำแหน่งภายในเขตสุขภาพและหน่วยงานในสังกัดเขตสุขภาพทราบ	๕ คะแนน			
รวมคะแนน			๒๕ คะแนน		
๓	มีการดำเนินงานตามแผน				
	ตัวชี้วัด ร้อยละของตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด				
	เกณฑ์การให้คะแนน	๑๐ คะแนน	๑๕ คะแนน	๒๐ คะแนน	๒๕ คะแนน
	ไตรมาส ๒	ร้อยละ ๘	ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๖	ร้อยละ ๕
ไตรมาส ๔	ร้อยละ ๖	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๔	ร้อยละ ๓	
			๒๕ คะแนน		
๔	บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐				

ประเด็น	การดำเนินการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	คะแนน	คะแนนเต็ม										
	ตัวชี้วัด บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> <th>๑๐ คะแนน</th> <th>๑๕ คะแนน</th> <th>๒๐ คะแนน</th> <th>๒๕ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส ๔</td> <td>ร้อยละ ๖๘</td> <td>ร้อยละ ๖๙</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๗๑</td> </tr> </tbody> </table>	เกณฑ์การให้คะแนน	๑๐ คะแนน	๑๕ คะแนน	๒๐ คะแนน	๒๕ คะแนน	ไตรมาส ๔	ร้อยละ ๖๘	ร้อยละ ๖๙	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๑		๒๕ คะแนน
เกณฑ์การให้คะแนน	๑๐ คะแนน	๑๕ คะแนน	๒๐ คะแนน	๒๕ คะแนน									
ไตรมาส ๔	ร้อยละ ๖๘	ร้อยละ ๖๙	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๑									
	รวมคะแนนเต็ม		๑๐๐ คะแนน										

๒. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง จำนวนเขตสุขภาพ (ทุกจังหวัดภายในเขตสุขภาพ) ที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตามข้อ ๑) เมื่อเทียบกับจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมดมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

$$= \frac{\text{จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (≥ร้อยละ ๗๐ ของจังหวัดภายในเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ได้คะแนนมากกว่า ๗๐ คะแนน))}}{\text{จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด}} \times ๑๐๐$$

๒. ร้อยละของตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด (มีการดำเนินงานตามแผน)

$$= \frac{\text{จำนวนตำแหน่งว่าง (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดหน่วยงาน}}{\text{จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) สังกัดหน่วยงาน}} \times ๑๐๐$$

๓. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑

$$= \frac{\text{จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลน) ที่มีอยู่จริง}}{\text{กรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน}} \times ๑๐๐$$

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	๑. HRP ๑.๑ พัฒนาระบบข้อมูล/สารสนเทศด้านกำลังคนให้มีประสิทธิภาพ	๑. เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ	มีข้อมูล - ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน - มีการนำข้อมูลบุคลากรมาใช้ในการวางแผนกำลังคน
	๒. HRD ๒.๑ แผนการผลิตบุคลากร ๒.๒ แผนการพัฒนาบุคลากร		

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	๒.๓ ดำเนินการพัฒนาบุคลากร ๓. HRM ๓.๑ จัดทำแผนบริหารตำแหน่ง แผนการกระจายอำนาจ ๓.๒ การสรรหาเชิงรุก ๓.๓ พัฒนาระบบบริหารผลการ ปฏิบัติราชการ ๓.๔ ขับเคลื่อนนโยบายการกระจาย อำนาจดำเนินงาน HR ตามมาตรฐาน	บริหารตำแหน่ง ๓. มีการดำเนินงานตาม แผน (ตำแหน่งว่างลดลงตาม เป้าหมายที่กำหนด)	- มีแผนบริหารตำแหน่ง (และมีแผน กำลังคน เช่น แผนความก้าวหน้า ฯลฯ) ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่ กำหนด (ตำแหน่งว่างลดลงคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๕ ในไตรมาสที่ ๒)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
เขตสุขภาพมีการ บริหารจัดการ กำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ	๑. HRP ๑.๑ พัฒนารฐานข้อมูล/สารสนเทศ ด้านกำลังคนให้มีประสิทธิภาพ ๒. HRD ๒.๑ แผนการผลิตบุคลากร ๒.๒ แผนการพัฒนาบุคลากร ๒.๓ ดำเนินการพัฒนาบุคลากร ๓. HRM ๓.๑ จัดทำแผนบริหารตำแหน่ง แผนการกระจายอำนาจ ๓.๒ การสรรหาเชิงรุก ๓.๓ พัฒนาระบบบริหารผลการ ปฏิบัติราชการ ๓.๔ ขับเคลื่อนนโยบายการกระจาย อำนาจดำเนินงาน HR ตามมาตรฐาน	๑. เขตสุขภาพมีระบบ การบริหารจัดการข้อมูล ด้านกำลังคนอย่างมี ประสิทธิภาพ	มีข้อมูล - ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขใน หน่วยงานเป็นปัจจุบัน - มีการนำข้อมูลบุคลากรมาใช้ประโยชน์
		๒. มีการดำเนินงานตาม แผน (ตำแหน่งว่างลดลงตาม เป้าหมายที่กำหนด)	ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่ กำหนด (ตำแหน่งว่างลดลงคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๓ ในไตรมาสที่ ๔)
		๓. บุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ	บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ฐานข้อมูลบุคลากรของกระทรวง สาธารณสุขเป็นปัจจุบัน ๒. ทุกเขตสุขภาพมีแผนพัฒนา กำลังคนตาม Service Plan ๓. มีแผนบริหารตำแหน่งของ กระทรวงสาธารณสุข (สป+กรม)	๑. สามารถเชื่อมต่อ ระบบข้อมูลระหว่าง HROPS และ GIS Health ได้ ๒. ตำแหน่งว่างลดลง ตามเป้าหมายที่กำหนด	๑. ข้อมูลกำลังคนด้าน สุขภาพในภาพรวม ประเทศบน GIS Health มีความ ครบถ้วน มากกว่า ๗๐%	๑. ข้อมูลบุคลากรของกระทรวง สาธารณสุขเป็นปัจจุบันไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๘* ๒. มีข้อมูลตามบัญชีกำลังคนด้าน สุขภาพของประเทศ (NHWA) ๓. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นหลักที่รับผิดชอบ
นายพรชัย ปอสูงเนิน	ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล ชำนาญการ	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๘๕๘ Mobile ๐๖๒-๙๕๙๙๘๖๒ e-mail : hrmoph@gmail.com	ฐานข้อมูลบุคลากร HROPS
นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา	ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล ชำนาญการ	Tel. ๐๒-๕๙๑๘๕๕๓ e-mail : pink๑๓๒๗@hotmail.com	บุคลากรเพียงพอ กรอบอัตรากำลัง
นายวิฑูรย์ หอมดวง	ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล ชำนาญการ	Tel. ๐๒-๕๙๑๘๕๕๓ e-mail : nonglom@hotmail.com	การบริหารตำแหน่ง ว่าง

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
นางฐิติภรณ์ จันทร์สุตร	ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๓๔๘ Mobile ๐๙๑ - ๘๘๖๔๖๖๒ e-mail : hrmd.strategy@gmail.com
นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน	ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๓๔๘ Mobile ๐๙๑ - ๘๘๖๔๖๖๒ e-mail : hrmd.strategy@gmail.com
นางสาวกนกกาญจน์ ฤทธิ์เลิศ	ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๓๔๘ Mobile ๐๙๑ - ๘๘๖๔๖๖๒ e-mail : hrmd.strategy@gmail.com
นางสาวจิตติมล สัตยารังสรรค์	ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๓๔๘ Mobile ๐๙๑ - ๘๘๖๔๖๖๒ e-mail : hrmd.strategy@gmail.com

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

ตอนที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

คำนิยาม : องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงาน ส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.) ที่มีการดำเนินการขับเคลื่อน องค์กรแห่งความสุขตามกระบวนการขับเคลื่อน ๕ ขั้น ได้แก่

ขั้นที่ ๑ การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)

ขั้นที่ ๒ การวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะ

องค์กร (HPI)

ขั้นที่ ๓ การจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

ขั้นที่ ๔ การดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

ขั้นที่ ๕ มีความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ใช้สำหรับการคำนวณตัวชี้วัดในไตรมาสที่ ๑ จำนวน ๒ เป้าหมายย่อย ได้แก่

๑. ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรในหน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

สูตรการคำนวณ:

$$\frac{\text{จำนวนบุคลากรที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)}}{\text{จำนวนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข}} \times 100$$

๒. ร้อยละ ๗๐ ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI)

สูตรการคำนวณ:

$$\frac{\text{จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรระดับหัวหน้างานขึ้นไป}}{\text{จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข}} \times 100$$

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
กำกับหน่วยงานให้มีการ ประเมิน วิเคราะห์และจัดทำ แผนขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุข	จัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุข	ตรวจแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุข ของทุกหน่วยงาน (เขต สุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. สสอ.) ซึ่งต้องมีองค์ประกอบ	ร้อยละ ๗๐ ของ หน่วยงานในจังหวัด มี การวิเคราะห์ผล Happinometer และ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		อย่างน้อยดังนี้ ๑. ข้อมูลสถานการณ์กำลังคน ของหน่วยงาน ๒. ผลการวิเคราะห์ Happinometer ๓. ผลการวิเคราะห์ HPI ๔. แผน/เป้าหมายการ ดำเนินงานในแต่ละมิติ รวมทั้ง แผนการขับเคลื่อน MOPH	HPI พร้อมจัดทำแผน ขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุข
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
กำกับหน่วยงานให้มีการ ขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุขตามแผนที่กำหนดไว้	การขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุขอย่างเป็นรูปธรรม	ติดตามผลการดำเนินงานเฉพาะ ในระดับจังหวัด ซึ่ง ๑ จังหวัด ต้องมีอย่างน้อย ๑ Success Story หรือ ๑ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุข โดยต้องมีเอกสารสรุป รายงานการดำเนินงาน ปัจจัย แห่งความสำเร็จ และข้อเสนอ เพื่อการพัฒนา ประกอบการ พิจารณา	จังหวัด/กรมละ ๑ หน่วยงาน มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อน องค์กรแห่งความสุข

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรใน หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ๒. ร้อยละ ๗๐ ของหน่วยงาน ในจังหวัด/กรม มีการประเมิน สภาวะองค์กร (HPI)	ร้อยละ ๗๐ ของหน่วยงานใน จังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผน ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	ร้อยละ ๗๐ ของหน่วยงาน ในจังหวัด/กรม มีการ ดำเนินงานตามแผนฯ อย่าง เป็นรูปธรรม	จังหวัด/กรมละ ๑ หน่วยงาน มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อน องค์กรแห่งความสุข

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรใน หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	ข้อมูลจากระบบ Happinometer รายงาน ในระบบ SMS	หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวม กับ สสอ.)
ร้อยละ ๗๐ ของหน่วยงานใน จังหวัด/กรม มีการประเมินสภาวะ องค์กร (HPI)	ข้อมูลสรุปผลการตอบแบบประเมินจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ทาง https://drive.google.com/drive/folders/1M	หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวม กับ สสอ.)

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
	4zrpH-DqxjcfjFROwGhZa2_sQn-2zR โดยให้รายงานผ่านระบบ SMS	
ร้อยละ ๗๐ ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	รายงานผ่านระบบ SMS โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การพิจารณาผลการดำเนินงานตามเอกสารแนบ ๑	หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.)
ร้อยละ ๗๐ ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการดำเนินงานตามแผนฯ อย่างเป็นรูปธรรม	รายงานผ่านระบบ SMS โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การพิจารณาผลการดำเนินงานตามเอกสารแนบ ๒	หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.)
จังหวัด/กรมละ ๑ หน่วยงาน มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	รายงานผ่านระบบ SMS โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การพิจารณาผลการดำเนินงานตามเอกสารแนบ ๓ (เกณฑ์การประเมินองค์กรแห่งความสุขเป็นเลิศ ตามเอกสารแนบ ๔)	หน่วยงานส่วนกลาง และ สสจ.

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
นางธิตัทพร คูหา	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	Tel. ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ Mobile ๐๘๔-๐๑๘๘๒๑๑ e-mail : inspect.n@gmail.com
นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	Tel. ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ Mobile ๐๘๔-๐๙๙๕๓๔๖ e-mail : bps.pavinee@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
นางธิตัทพร คูหา	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	Tel. ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ Mobile ๐๘๔-๐๑๘๘๒๑๑ e-mail : inspect.n@gmail.com
นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	Tel. ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ Mobile ๐๘๔-๐๙๙๕๓๔๖ e-mail : bps.pavinee@gmail.com
นางสาวจิราพร อธิชัยวัฒนา	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	Tel. ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ Mobile ๐๘๔-๑๒๓๓๓๔๘ e-mail : j.kaampou@gmail.com
นางสาวรัชก พิมพิสะอาด	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	Tel. ๐๒-๕๙๐๒๔๕๙ Mobile ๐๘๔-๔๘๑๘๓๘๗ e-mail : mook_๐๕๐๗@gmail.com

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส ๒

ร้อยละ ๗๐ ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

หน่วยงานที่ต้องรายงานในระบบ : หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.)

องค์ประกอบเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล

หน่วยงาน	ผลการวิเคราะห์ Happinometer					ผลการวิเคราะห์ HPI
	เพศ	อายุ	สายงาน	ความสุข รายมิติ	อื่น ๆ	

องค์ประกอบเบื้องต้นของการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

หน่วยงาน	ผลการวิเคราะห์ Happinometer & HPI	สถานการณ์ กำลังคนใน หน่วยงาน	แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส ๓
ร้อยละ ๗๐ ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขและดำเนินงานตามแผนฯ

หน่วยงานที่ต้องรายงานในระบบ: หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.)

หน่วยงาน	แผนงาน/โครงการ	ผลการดำเนินงานตามแผน			ปัญหา/อุปสรรค
		ดำเนินการแล้ว	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ปรับแผน	

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส ๔

มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข จังหวัด/กรมละ ๑ เรื่อง
(เกณฑ์การคัดเลือกตามเอกสารแนบ ๔)

จังหวัด.....หน่วยงาน.....

หน่วยงานที่ต้องรายงานในระบบ: หน่วยงานส่วนกลาง และ สสจ.

ประเด็น Success story หรือ Bright spot

.....

บทสรุปผู้บริหาร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

แบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ
Excellent Happy Workplace Assessment (EHWA)

ชื่อองค์กร.....

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดต่อข้อความในแต่ละข้อ โดยแต่ละระดับผลของการประเมินมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ๕ หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ๔ หมายถึง เห็นด้วย
- ๓ หมายถึง ไม่แน่ใจ
- ๒ หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- ๑ หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ๐ หมายถึง ไม่ตอบ หรือไม่มีความคิดเห็น

หมวดที่ ๑ การนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	๐	๑	๒	๓	๔	๕
หมวดที่ ๑ การนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข						
หมายถึง ผู้บริหารได้รับทราบแนวคิดองค์กรแห่งความสุข กำหนดเป็นนโยบายสร้างสุขขององค์กร						
๑.๑) ผู้บริหารกำหนดวิสัยทัศน์หรือนโยบายที่ชัดเจนในการเป็นองค์กรแห่งความสุข และมีการถ่ายทอดไปยังพนักงานทุกระดับ						
๑.๒) ผู้บริหารสนับสนุนกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร						
๑.๓) ผู้บริหารสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน้อย และชุมชนสมานฉันท์						
๑.๔) ผู้บริหารกำกับติดตามกระบวนการและผลการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน้อย และชุมชนสมานฉันท์						
๑.๕) ผู้บริหารเป็นต้นแบบ/แบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน และการดำเนินชีวิต (ครองตน ครองคน ครองงาน)						
รวม						

หมวดที่ ๒ การมุ่งเน้นการปฏิบัติ : กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

พิจารณาว่าองค์กรมีวิธีการอย่างไรในการออกแบบจัดการองค์กรให้มีความสุขที่ครอบคลุมลักษณะการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	๐	๑	๒	๓	๔	๕
<p>หมวดที่ ๒ การมุ่งเน้นการปฏิบัติ : กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรได้มีแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขให้กับบุคลากรโดยสอดคล้องกับแนวทางการสร้างสุขที่เหมาะสมกับบริบทองค์กร</p>						
๒.๑) องค์กรมีการทบทวนปรับปรุงนโยบายการบริหารงานให้เอื้อต่อสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทั้งภายในและภายนอกอย่างสมเหตุสมผล						
๒.๒) องค์กรมีบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุขของพนักงาน เช่น การทักทาย การไหว้ การยิ้ม การรับฟังความคิดเห็นของพนักงานอย่างใกล้ชิด						
๒.๓) องค์กรมีการดำเนินงานเสริมสร้างความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับความต้องการของพนักงาน						
๒.๔) องค์กรมีมาตรการ/แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้ยาเสพติด						
๒.๕) องค์กรมีการพัฒนากระบวนการใหม่หรือนวัตกรรมในการดำเนินงานเสริมสร้างความสุขในการทำงาน						
รวม						

หมวดที่ ๓ การจัดการความรู้สำหรับองค์กรสุขภาวะ

พิจารณาด้านการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และพัฒนาประสิทธิภาพของผลงาน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรในองค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	๐	๑	๒	๓	๔	๕
หมวดที่ ๓ การจัดการความรู้สำหรับองค์กรสุขภาวะ หมายถึง องค์กรมีการจัดการความรู้ในการทำงาน และความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสร้างสุข และสามารถถ่ายทอดแก่บุคคลทั้งในและนอกองค์กร ผ่านสื่อต่างๆได้						
๓.๑) องค์กรมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการทำงานและเรียนรู้จากแนวการปฏิบัติที่ดีจากหน่วยงานอื่นนำมาประยุกต์ใช้						
๓.๒) องค์กรมีกระบวนการในการถ่ายทอดความรู้จากบุคคลสู่บุคคล หรือจากบุคคลสู่สื่อสารสนเทศเพื่อใช้ในองค์กร						
๓.๓) องค์กรมีการจัดการข้อมูลสารสนเทศให้พร้อมใช้งานในรูปแบบต่างๆตามความเหมาะสมขององค์กร เช่น ตำรา คู่มือ						
๓.๔) องค์กรมีพนักงานสามารถถ่ายทอดทักษะการทำงานและปรับปรุงผลงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้						
๓.๕) องค์กรมีช่องทางในการถ่ายทอดความรู้ที่หลากหลายช่องทางตามความเหมาะสมขององค์กร เช่น การอบรม การสอนงาน การส่งบุคลากรไปอบรมต่างๆ						
รวม						

หมวดที่ ๔ การมุ่งเน้นบุคลากรให้มีความสุข

พิจารณาว่าองค์กรมีจุดมุ่งหมายในการสร้างบุคลากรให้มีความสุขในองค์กรอย่างไรสอดคล้องกับแนวทางการสร้างความสุขระดับบุคคล สังคม และครอบครัว

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	๐	๑	๒	๓	๔	๕
หมวดที่ ๔ การมุ่งเน้นบุคลากรให้มีความสุข						
หมายถึง องค์กรต้องการให้บุคลากรขององค์กรแห่งความสุขของตนเองมีคุณลักษณะอย่างไร						
๔.๑) พนักงานมีสุขภาพกายและใจที่ดี						
๔.๒) พนักงานมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ และมีความก้าวหน้าในอาชีพ						
๔.๓) องค์กรมีการจัดการข้อมูลสารสนเทศให้พร้อมใช้งานในรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสมขององค์กร เช่น ตำรา คู่มือ						
๔.๔) พนักงานมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์						
๔.๕) พนักงานมีคุณธรรม จริยธรรม และมีจิตอาสา ช่วยเหลือสังคม						
รวม						

หมวดที่ ๕ ผลลัพธ์ขององค์กรแห่งความสุข

พิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำแนวคิดองค์กรแห่งความสุขมาใช้ในการดำเนินงานที่ส่งผลต่อผลิภาพรวมขององค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	๐	๑	๒	๓	๔	๕
หมวดที่ ๕ ผลลัพธ์ขององค์กรแห่งความสุข						
หมายถึง ผลลัพธ์จากกระบวนการสร้างสุขในองค์กรที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานไปในทิศทางที่ดีขึ้น						
๕.๑) พนักงานมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร						
๕.๒) พนักงานมีความผูกพันต่อองค์กร						
๕.๓) พนักงานมีความสุขในการทำงาน						
๕.๔) องค์กรได้รับรางวัล/การเชิดชู/ยกย่องจากหน่วยงานภายนอกในการดำเนินงานสร้างสุขในองค์กร						
๕.๕) องค์กรมีผลการดำเนินงานด้านต่างๆ ที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา						
รวม						

สรุปผลการประเมิน

มิติที่	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
๑. การนำองค์กรแห่งความสุข	๕	๒๕	
๒. กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข	๕	๒๕	
๓. การจัดการความรู้ในองค์กร	๕	๒๕	
๔. การมุ่งเน้นบุคลากร	๔	๒๐	
๕. ผลลัพธ์ของการเป็นองค์กรแห่งความสุข	๕	๒๕	
รวม	๒๔	๑๒๐	

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การบริหารจัดการประสิทธิภาพ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

คำนิยาม : Digital Transformation หมายถึง การปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน โดยนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศเดิม แบบไร้รอยต่อ ลดเวลาลดความซ้ำซ้อน สารสนเทศสุขภาพมีคุณภาพ รวดเร็วและปลอดภัย ในปี ๒๕๖๒ มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกำหนดเป็นระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนและอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

โดยกำหนดระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ไว้ ๓ ระดับ ดังนี้

ระดับ ๑ Smart Tools : หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร (โรงพยาบาลต้องมีการใช้ระบบคิวออนไลน์ และมีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน เช่น HIS Gateway จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ ๑)

ระดับ ๒ Smart Service : หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพ การทำงาน ในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lean Process, Paperless, Lesspaper, Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมี Smart Service เรื่อง การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ ๒)

ระดับ ๓ Smart Outcome: หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model (Enterprise Resource Planning System : ERP) ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กร มีคุณภาพประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการ (โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ ๑, ๒ และแสดง Success Story จาก Smart Outcome อย่างน้อย ๑ เรื่อง จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ ๓)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ สำหรับการดำเนินงาน

Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

X ๑๐๐

จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
<p>๑.รพ.สังกัด สป. คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพศ./รพท. ๑๑๖ แห่ง - รพช. ๗๘๑ แห่ง <p>๒.รพ.สังกัดกรมวิชาการ ทุกแห่ง</p>	<p>๑. ซีแองเกนท์ Smart Hospital ให้ทุก รพ. รับทราบ</p> <p>๒. รพ. ทุกแห่ง ดำเนินการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความพร้อมการปรับกระบวนการสู่ Lesspaper/EMR - ความพร้อมการให้บริการ Queue Online - ความพร้อมแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง รพ. - รพ. และ รพ. - เจ้าของข้อมูล <p>๓. Work Shop การติดตั้งโปรแกรมกลางเพื่อเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล (API : HIS Gateway)</p> <p>๔. รพ. จัดหา/พัฒนาและให้บริการจองคิวออนไลน์ผ่าน HIS Gateway , MOPH Connect หรืออื่นๆ</p> <p>๕. รพ. ปรับกระบวนการและใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์</p>	<p>๑. เขตสุขภาพ/จังหวัด รายงานผลการดำเนินงานผ่านการประชุมทางไกล (VDO Conf.) ทุกเดือน</p> <p>๒. สรุปรายงานจากระบบรายงานต่างๆ (ศทส./กยผ.) ทุกเดือน</p> <p>๓. ทีมนิเทศออกตรวจประเมินตามเกณฑ์ Smart Hospital</p>	<p>๑. รพ.ทุกแห่ง เข้าใจเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติ</p> <p>๒. รพศ.+ รพท. ทุกแห่ง และ รพช. ๕๐% และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ ๕๐% ให้บริการระบบจองคิวออนไลน์เพื่อนัดหมายเวลาเข้ารับบริการ</p> <p>๓. รพศ.+ รพท. ทุกแห่ง และ รพช. ๕๐% และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ ๕๐% ติดตั้ง HIS Gateway แลกเปลี่ยนข้อมูลจาก HIS ของ รพ. ได้</p> <p>๔. รพศ. , รพท. ทุกแห่ง และ รพช. ๕๐% และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ ๕๐% ปรับลดกระบวนการและใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์</p>

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>รับทราบแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล ตามเกณฑ์ Smart hospital ดังนี้</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย :</p> <p>๑. รพ.สังกัด สป. คือ</p> <p>๑.๑ รพศ./รพท. ๑๑๖ แห่ง</p>	<p>ร้อยละ ๕๐</p> <p>ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒ ขึ้นไป</p>	<p>ร้อยละ ๗๕</p> <p>ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒ ขึ้นไป</p>	<p>ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒ ขึ้นไป</p>
<p>๑.๒ รพช. ๗๘๑ แห่ง</p>	<p>ร้อยละ ๓๐</p> <p>ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒ ขึ้นไป</p>	<p>ร้อยละ ๔๐</p> <p>ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒ ขึ้นไป</p>	<p>ร้อยละ ๕๐</p> <p>ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒ ขึ้นไป</p>

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๒. รพ.สังกัดกรมวิชาการ ทุกแห่ง	ร้อยละ ๓๐ ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒ ขึ้นไป	ร้อยละ ๔๐ ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒ ขึ้นไป	ร้อยละ ๕๐ ของ รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒ ขึ้นไป

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: - ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
๑. นางเดือนเพ็ญ โยเฮียง	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการ/ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สพ.สธ.	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๕๙๐๑๔๙๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๓๕๔๙๖๖๙๓ โทรสาร : ๐๒๕๙๐๑๕๖๕ E-mail : duanpen@moph.mail.go.th	- Project Manager - Smart tools
๒. นพ. เลอศักดิ์ สิ้นะนิธิกุล	นายแพทย์ชำนาญการ/ รพ.วชิระภูเก็ต/ รองผู้อำนวยการศูนย์ เทคโนโลยีสารสนเทศและ การสื่อสาร สบ.สธ.	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๕๙๐๑๒๑๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑๘๙๒๕๘๘๓ โทรสาร : ๐๒๕๙๐๑๒๑๕ E-mail : drlersak๒๐๑๒@gmail.com	- Project Manager
๓. กนกวรรณ มาป้อง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการพิเศษ/ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สบ.สธ.	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๕๙๐๒๑๘๕ ต่อ ๔๑๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗๑๐๑๕๗๐๘ โทรสาร : ๐๒๕๙๐๑๒๑๕ E-mail : kmapong@gmail.com	- Smart tools
๔. นายสัมฤทธิ์ สุขทวี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการ/ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สบ.สธ.	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๕๙๐๑๒๑๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑๘๐๑๗๕๔๓ โทรสาร : ๐๒๕๙๐๑๒๑๕ E-mail : hait@moph.go.th	- Smart Service

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
นางรุ่งนิกา อมาตยคง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ/ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการ สื่อสาร สป.สธ.	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๕๕๐๑๒๐๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗๐๒๗๖๖๖๓ โทรสาร : ๐๒๕๕๐๑๒๑๕ E-mail : ict-moph@health.moph.go.th

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การบริหารจัดการประสิทธิภาพ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำนิยาม PCC : Primary Care Cluster คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง ระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนจำนวน ๑๐,๐๐๐ คนต่อทีม มีบทบาทในการให้ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี โดยขยายความ ได้ดังนี้

- บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ
- บริการทุกอย่าง คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาลงานฟื้นฟูสภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภค
- บริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้านและชุมชน
- บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถามปัญหาเรื่อง ป้องกันรักษา และยามเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยการตั้งคำถามไว้ในกลุ่ม LINE หรือ Facebook แล้วมีทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบ แต่ต้องระวังเรื่องความลับของผู้ป่วย สามารถถ่ายภาพเพื่อให้หมอครอบครัว ช่วยแนะนำดูแล หรือโทรศัพท์ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็น ตามแต่จะตกลงกัน

ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ กำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้น เขตเทศบาลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องจัดทีมทั้งหมดจากโรงพยาบาล (อ้างอิง แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ, หน้า ๒-๓)

Application PCC: App PCC หมายถึง ระบบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้งานได้บนเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop หรือ Notebook และสามารถใช้งานผ่าน Mobile Device (Smart Phone/Tablet) สำหรับทีมหมอครอบครัว (PCC) และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการติดตามดูแลผู้ป่วย/ประชาชน ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) แต่มีขนาดเล็ก กะทัดรัด เหมาะสม มีความคล่องตัวและสะดวกในการใช้งานภายใต้ความร่วมมือของสำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.) กับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

$$\frac{\text{จำนวนทีม PCC ที่ใช้ App. PCC ในการปฏิบัติงาน}}{\text{จำนวนทีม PCC ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี ๒๕๖๒}}$$

X ๑๐๐

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
ทีม PCC ที่ขึ้นทะเบียนคลินิก หมอครอบครัวตามเกณฑ์ ของ สสป. ในปี ๒๕๖๒	๑. ประกาศนโยบายการใช้ App. PCC ๒. ศทส./สสป. และทีม PCC เข้า ร่วม Work Shop คัดเลือกและ พัฒนา App PCC ให้ตอบโจทย์ ทีมหมอครอบครัว ๓. จังหวัด จัด Work shop และ สนับสนุนการใช้งาน App PCC ๔. จัดอบรมการใช้งาน App PCC	๑. รายงานผลการดำเนินงาน ผ่านการประชุมทางไกล โดย จังหวัด/เขตฯ ทุกเดือน ๒. สสป. ติดตาม รวบรวมและ รายงานผลดำเนินงาน ๓. ทีมนิเทศออกตรวจประเมิน การใช้งาน App PCC	ทีม PCC ทุกแห่ง ที่ขึ้น ทะเบียนคลินิกหมอ ครอบครัวตามเกณฑ์ ของ สสป. ในปี ๒๕๖๒ มีการนำ App. PPC ไป ใช้ปฏิบัติงาน

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. มีการจัดทำข้อสรุปแนว ทางการพัฒนา Application PCC รายงาน เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ ๒. มีการคัดเลือกทีม PCC เป้าหมาย อย่างน้อยเขต สุขภาพละ ๑ ทีม เป็น PCC นำร่อง ๓. มีการจัดทำ Work Shop การพัฒนา Application PCC	๑. มีการพัฒนา Application และทดสอบ ใช้งานใน PCC นำร่อง ๒. มีการรายงาน ความก้าวหน้าในการ พัฒนา Application PCC เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ	๑. ทีม PCC ร้อยละ ๕๐ ของ จำนวน PCC ที่ขึ้นทะเบียน คลินิกหมอครอบครัวตาม เกณฑ์ของ สสป. ในปี ๒๕๖๒ นำ App. PPC ไปใช้ ๒. มีการติดตามผลการใช้ Application PCC ๓. มีการรายงานผลการใช้ Application PCC พร้อม ข้อเสนอแนะ เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ	ทีม PCC ร้อยละ ๑๐๐ ของ จำนวน PCC ที่ขึ้นทะเบียน คลินิกหมอครอบครัวตาม เกณฑ์ของ สสป. ในปี ๒๕๖๒ นำ App. PPC ไปใช้

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: - ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
๑. นพ. ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ	รองผู้อำนวยการกลุ่ม ภารกิจด้านการบริการ ปฐมภูมิ/ โรงพยาบาล กำแพงเพชร / สำนักสนับสนุนระบบ ปฐมภูมิ (สสป.)	โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓๑๓๑๐๘๐๘ E-mail : paitoongt@gmail.com	- Project Manager
๒. นายวสันต์ สายทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการพิเศษ/ รองผู้อำนวยการศูนย์ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สป.สธ.	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๕๙๐๒๑๘๕ ต่อ ๔๑๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑๖๓๙๕๕๓๒ E-mail : wasun.s@moph.go.th	- Project Manager

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address
นางรุ่งนิภา อมาตยคง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการ/ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สป.สธ.	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๕๙๐๑๒๐๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗๐๒๗๖๖๖๓ โทรสาร : ๐๒๕๙๐๑๒๑๕ E-mail : ict-moph@health.moph.go.th

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓

- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ร้อยละ ๑๐๐

- โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ร้อยละ ๙๐

คำนิยาม

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง

- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑๖๕ แห่ง

- โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๗๓๔ แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๑)

HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ชั้น ดังนี้

- HA ชั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

- HA ชั้น ๒ หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น ๒

- HA ชั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

เงื่อนไข : ๑. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑๖๕ แห่ง ประกอบด้วย

- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑๑๖ แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน ๒๙ แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน ๒ แห่ง
- โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑๘ แห่ง

(ไม่รวมสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ และไม่รวมสถาบันทันตกรรม เนื่องจากสถาบันทันตกรรมไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและเป็นสถานบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะด้าน)

๒. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๗๓๔ แห่ง

(ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๑)

(ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๓ ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๓ มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง ๓ ปี)

๓. ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓

$$= \frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ที่ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓} + \text{โรงพยาบาล ที่ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ แล้วขอประเมินซ้ำเมื่อหมดอายุ} + \text{โรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างต่ออายุ}}{\text{จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ทั้งหมด ๑๖๕ แห่ง}} \times 100$$

๒. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓

$$= \frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓} + \text{โรงพยาบาล ที่ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ แล้วขอประเมินซ้ำเมื่อหมดอายุ} + \text{โรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างต่ออายุ}}{\text{จำนวนโรงพยาบาลชุมชน ทั้งหมด ๗๓๔ แห่ง}} \times 100$$

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ (รพศ. รพท. รพ.สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และ รพช.) ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	๑.แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนคุณภาพบริการ ๒.จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ ๓.ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพ ๔.เยี่ยมกระตุ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	- กระตุ้นให้โรงพยาบาลที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการรับรองหรือหมดอายุกลับสู่กระบวนการรับรอง - กระตุ้นให้โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ขึ้นสู่ชั้น ๓ อย่างเป็นระบบ - ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแก่สถานบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ - ระบบ Warning HA	- รพศ. รพท. รพ.สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ร้อยละ ๑๐๐ - รพช. ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ร้อยละ ๙๐
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ (รพศ. รพท. รพ.สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และ รพช.) ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	๑.แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนคุณภาพบริการ ๒.จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ ๓.ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพ ๔.เยี่ยมกระตุ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	- กระตุ้นให้โรงพยาบาลที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการรับรองหรือหมดอายุกลับสู่กระบวนการรับรอง - กระตุ้นให้โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ขึ้นสู่ชั้น ๓ อย่างเป็นระบบ - ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแก่สถานบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ - ระบบ Warning HA	- รพศ. รพท. รพ.สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ร้อยละ ๑๐๐ - รพช. ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ร้อยละ ๙๐

Small Success

รายละเอียด	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๙	ร้อยละ ๑๐๐
๒. โรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๙	ร้อยละ ๙๐

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓		
๑. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ข้อมูลสรุปผลสถานะการรับรอง สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / สำหรับประชาชน/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง
๒. โรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓		

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการ สำนัก/กอง : กองบริหารการ สาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๗๕๕	ผู้ประสานงาน และรายงานผล การดำเนินงาน ตัวชี้วัดร้อยละ ของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง สาธารณสุขมี คุณภาพ มาตรฐานผ่าน การรับรอง HA ชั้น ๓
นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	ตำแหน่ง : รองผู้อำนวยการ สำนัก/กอง : กองบริหารการ สาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๑ Mobile. ๐๘๙-๘๒๙-๖๒๕๔ e-mail : kavalinc@hotmail.com	
นางจิตติมา ศรศุกุลรัตน์	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนัก/กอง : กองบริหารการ สาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗ Mobile. ๐๘๙-๔๗๘-๔๓๓๒ e-mail : chittima๒๑๙๗@gmail.com	
นางสาวศิวพร บุญเสก	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนัก/กอง : กองบริหารการ สาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๐ Mobile. ๐๙๕-๖๐๙- ๙๘๖๙ e-mail : siwaporn,moph@gmail.com	
นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข สำนัก/กอง : กองบริหารการ สาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗ Mobile. ๐๙๒-๖๘๒-๒๗๕๕ e-mail : siwaporn,moph@gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	ตำแหน่ง : รองผู้อำนวยการ สำนัก/กอง : กองบริหารการ สาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๑ Mobile. ๐๘๙-๘๒๙-๖๒๕๔ e-mail : kavalinc@hotmail.com	ผู้ประสานงาน และรายงานผล การดำเนินงาน ตัวชี้วัดร้อยละ ของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง สาธารณสุขมี คุณภาพ มาตรฐานผ่าน การรับรอง HA ชั้น ๓
นางจิตติมา ศรศุกุลรัตน์	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนัก/กอง : กองบริหารการ สาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗ Mobile. ๐๘๙-๔๗๘-๔๓๓๒ e-mail : chittima๒๑๙๗@gmail.com	
นางสาวศิวพร บุญเสก	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนัก/กอง : กองบริหารการ สาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๐ Mobile. ๐๙๕-๖๐๙- ๙๘๖๙ e-mail : siwaporn,moph@gmail.com	
นางสาววิไลวรรณ ไชยวาริต	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข สำนัก/กอง : กองบริหารการ สาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗ Mobile. ๐๙๒-๖๘๒-๒๗๕๕ e-mail : siwaporn,moph@gmail.com	

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

ตอนที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่

ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

คำนิยาม

ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน ๑๓ กอง

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ แห่ง

๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๘๗๘ แห่ง

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์การ ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์การ หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการภาคบังคับปีละ ๒ หมวดจนครบ ๖ หมวด ดังนี้

๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน ๑๓ คำถาม และทบทวนทุกปี

๒. ดำเนินการภาคบังคับปีละ ๒ หมวด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ดำเนินการหมวด ๒ กับ หมวด ๔ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ กับ หมวด ๕

๓. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ๓ ลำดับแรก ที่ได้จากการประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ ๑ แผน

๔. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ ๒ ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ

๕. ให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเองหมวดละ ๓ ตัวชี้วัด ตามหัวข้อเกณฑ์ฯ หมวด ๗ ให้มีความสอดคล้องกับ OFI พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

๖. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์การของส่วนราชการ

๗. จัดส่งเอกสารผลการดำเนินงาน รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ค่าคะแนนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการได้ $*\frac{100}{5} = xx\%$

ค่าคะแนนที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการได้ $*\frac{100}{5} = xx\%$

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																							
๑	<p>ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๒ ม.ค.๒๕๖๒</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๐.๒๐ คะแนน</td> <td>๐.๔๐ คะแนน</td> <td>๐.๖๐ คะแนน</td> <td>๐.๘๐ คะแนน</td> <td>๑ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>๕ คำถาม</td> <td>๗ คำถาม</td> <td>๙ คำถาม</td> <td>๑๑ คำถาม</td> <td>๑๓ คำถาม</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ๒ คำถาม ต่อ ๐.๒๐ คะแนน (interval)</p>	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๒๐ คะแนน	๐.๔๐ คะแนน	๐.๖๐ คะแนน	๐.๘๐ คะแนน	๑ คะแนน	๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม								
เกณฑ์การให้คะแนน																								
๐.๒๐ คะแนน	๐.๔๐ คะแนน	๐.๖๐ คะแนน	๐.๘๐ คะแนน	๑ คะแนน																				
๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม																				
๒	<p>ส่วนราชการประเมินองค์การ (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวด ๒ กับ หมวด ๔ ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๒ ม.ค.๒๕๖๒</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หมวด</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>๐.๑๐</th> <th>๐.๒๐</th> <th>๐.๓๐</th> <th>๐.๔๐</th> <th>๐.๕๐ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หมวด ๒</td> <td>๕ คำถาม</td> <td>๗ คำถาม</td> <td>๙ คำถาม</td> <td>๑๑ คำถาม</td> <td>๑๓ คำถาม</td> </tr> <tr> <td>หมวด ๔</td> <td>๖ คำถาม</td> <td>๘ คำถาม</td> <td>๑๐ คำถาม</td> <td>๑๒ คำถาม</td> <td>๑๔ คำถาม</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ๒ คำถาม ต่อ ๐.๑๐ คะแนน (interval)</p>	หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๑๐	๐.๒๐	๐.๓๐	๐.๔๐	๐.๕๐ คะแนน	หมวด ๒	๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม	หมวด ๔	๖ คำถาม	๘ คำถาม	๑๐ คำถาม	๑๒ คำถาม	๑๔ คำถาม
หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	๐.๑๐	๐.๒๐	๐.๓๐	๐.๔๐	๐.๕๐ คะแนน																			
หมวด ๒	๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม																			
หมวด ๔	๖ คำถาม	๘ คำถาม	๑๐ คำถาม	๑๒ คำถาม	๑๔ คำถาม																			
๓	<p>ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์การของหมวด ๒ กับ หมวด ๔ ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๒ ม.ค.๒๕๖๒ (แผนผ่านความเห็นชอบโดยผู้บริหารสูงสุดของส่วนราชการ)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>๐.๕๐ คะแนน</th> <th>๑ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๒</td> <td>มีแผน ๑ หมวด</td> <td>มีแผน ๒ หมวด</td> </tr> </tbody> </table>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน	๒๕๖๒	มีแผน ๑ หมวด	มีแผน ๒ หมวด															
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน																						
๒๕๖๒	มีแผน ๑ หมวด	มีแผน ๒ หมวด																						
๔	<p>ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI ของหมวด ๒ กับ หมวด ๔ ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๒ ม.ค.๒๕๖๒ (กพร.สป.กำหนดตัวชี้วัดบังคับ ๒ ตัว และให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเอง ๓ ตัว พร้อมจัดทำ KPI Template แนบ)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>๐.๑๐</th> <th>๐.๒๐</th> <th>๐.๓๐</th> <th>๐.๔๐</th> <th>๐.๕๐ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หมวด ๒</td> <td>๑ ตัวชี้วัด</td> <td>๒ ตัวชี้วัด</td> <td>๓ ตัวชี้วัด</td> <td>๔ ตัวชี้วัด</td> <td>๕ ตัวชี้วัด</td> </tr> <tr> <td>หมวด ๔</td> <td>๑ ตัวชี้วัด</td> <td>๒ ตัวชี้วัด</td> <td>๓ ตัวชี้วัด</td> <td>๔ ตัวชี้วัด</td> <td>๕ ตัวชี้วัด</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑ ตัวชี้วัด ต่อ ๐.๑๐ คะแนน (interval)</p>	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๑๐	๐.๒๐	๐.๓๐	๐.๔๐	๐.๕๐ คะแนน	หมวด ๒	๑ ตัวชี้วัด	๒ ตัวชี้วัด	๓ ตัวชี้วัด	๔ ตัวชี้วัด	๕ ตัวชี้วัด	หมวด ๔	๑ ตัวชี้วัด	๒ ตัวชี้วัด	๓ ตัวชี้วัด	๔ ตัวชี้วัด	๕ ตัวชี้วัด
ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	๐.๑๐	๐.๒๐	๐.๓๐	๐.๔๐	๐.๕๐ คะแนน																			
หมวด ๒	๑ ตัวชี้วัด	๒ ตัวชี้วัด	๓ ตัวชี้วัด	๔ ตัวชี้วัด	๕ ตัวชี้วัด																			
หมวด ๔	๑ ตัวชี้วัด	๒ ตัวชี้วัด	๓ ตัวชี้วัด	๔ ตัวชี้วัด	๕ ตัวชี้วัด																			
๕	<p>ส่วนราชการจัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระยะเวลา</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>- ๐.๕๐ คะแนน</th> <th>๑ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ ๒ ม.ค.๖๒</td> <td>ส่งภายในวันที่ ๒ ม.ค.๖๒</td> </tr> <tr> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ ๒ เม.ย.๖๒</td> <td>ส่งภายในวันที่ ๒ เม.ย.๖๒</td> </tr> <tr> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ ๒ ก.ค.๖๒</td> <td>ส่งภายในวันที่ ๒ ก.ค.๖๒</td> </tr> <tr> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> <td>ส่งหลังวันที่ ๒๕ ก.ย.๖๒</td> <td>ส่งภายในวันที่ ๒๕ ก.ย.๖๒</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน ผลคะแนนรอบ ๓ เดือน + รอบ ๖ เดือน + รอบ ๙ เดือน + รอบ ๑๒ เดือน ๔</p>	ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน		- ๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน	รอบ ๓ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒ ม.ค.๖๒	ส่งภายในวันที่ ๒ ม.ค.๖๒	รอบ ๖ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒ เม.ย.๖๒	ส่งภายในวันที่ ๒ เม.ย.๖๒	รอบ ๙ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒ ก.ค.๖๒	ส่งภายในวันที่ ๒ ก.ค.๖๒	รอบ ๑๒ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒๕ ก.ย.๖๒	ส่งภายในวันที่ ๒๕ ก.ย.๖๒						
ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	- ๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน																						
รอบ ๓ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒ ม.ค.๖๒	ส่งภายในวันที่ ๒ ม.ค.๖๒																						
รอบ ๖ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒ เม.ย.๖๒	ส่งภายในวันที่ ๒ เม.ย.๖๒																						
รอบ ๙ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒ ก.ค.๖๒	ส่งภายในวันที่ ๒ ก.ค.๖๒																						
รอบ ๑๒ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒๕ ก.ย.๖๒	ส่งภายในวันที่ ๒๕ ก.ย.๖๒																						

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ครอบคลุม ๒ หมวด	๑. จัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กรครบ ๑๓ คำถาม ๒. มีการผลประเมินองค์กร (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์ หมวด ๒ และหมวด ๔ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ และหมวด ๕ ๓. จัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวด ๒ กับหมวด ๔ อย่างละ ๑ แผน ๔. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๒ กับหมวด ๔ ได้ครบถ้วน (บังคับหมวดละ ๒ ตัวชี้วัดและกำหนดเองหมวดละ ๓ ตัว)	๑. ติดตามส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบ ๑๓ คำถาม (แบบฟอร์ม ๒) ๒. มีการผลประเมินองค์กร (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์ หมวด ๒ ครอบคลุม ๑๓ คำถาม และหมวด ๔ ครอบคลุม ๑๔ คำถาม (แบบฟอร์ม ๓ ADLI) ๓. ติดตามส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวด ๒ จำนวน ๑ แผน หมวด ๔ จำนวน ๑ แผน และผู้บริหารลงนามเห็นชอบแผน (แบบฟอร์ม ๕) ๔. ติดตามให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดและจัดทำ Template KPI หมวด ๒ จำนวน ๓ ตัวชี้วัด, หมวด ๔ จำนวน ๓ ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาองค์กร (แบบฟอร์ม ๔)	๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้จัดทำแบบฟอร์ม ๑-๕ ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหารตามระยะเวลาที่กำหนด
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๑. ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์กรครบ ๒ หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด ๒. ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ ๒ หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด	ติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้	๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่ระดับ ๔ ขึ้นไป ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่ระดับ ๔ ขึ้นไป

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ส่วนราชการตอบคำถามลักษณะสำคัญขององค์กรครบ ๑๓ คำถาม ภายในวันที่ ๒ ม.ค.๖๒ ๒. ส่วนราชการ Self-Assessment หมวด ๒ กับหมวด ๔ ภายใน วันที่ ๒	๑. ส่วนราชการดำเนินการพัฒนาองค์กรได้ \geq ร้อยละ ๖๐ ของแผนพัฒนาองค์กร	๑. ส่วนราชการดำเนินการพัฒนาองค์กรได้ \geq ร้อยละ ๘๐ ของแผนพัฒนาองค์กร	๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนดระดับ ๕ (ร้อยละ ๗๐) ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนดระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ม.ค.๖๒ และ Maintain หมวด ๑ กับ หมวด ๕ ๓. ส่วนราชการจัดทำ แผนพัฒนาองค์การหมวดละ ๑ แผน ภายในภายในวันที่ ๒ ม.ค. ๖๒ ๔. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัด ขึ้นเองหมวดละ ๓ ตัวชี้วัด ที่ สอดคล้องกับ OFI ภายใน ภายในวันที่ ๒ ม.ค.๖๒			

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address
๑. นางสาวรณมา เจริญสุวรรณค์	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ สำนัก/กอง กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	Tel. ๐๒-๕๕๐๑๐๓๘ Mobile ๐๘๑-๙๓๑๖๐๕๒ e-mail : oveysuwanna@gmail.com
๒. น.ส.อังคณา หัวเมืองวิเชียร	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนัก/กอง กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	Tel. ๐๒-๕๕๐๑๐๓๘ Mobile ๐๘๑-๒๕๕๘๒๗๗ e-mail : lkung๑๐๓๘@gmail.com
๓. นายอภิรัฐ ดีทองอ่อน	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนัก/กอง กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	Tel. ๐๒-๕๕๐๑๙๖๓ Mobile ๐๘๕-๓๖๕๒๔๔๔ e-mail : a.deethongon@gmail.com
๔. น.ส.กฤติกา ทริย์มาติพันธ์	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนัก/กอง กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	Tel. ๐๒-๕๕๐๑๙๖๓ Mobile ๐๙๕-๗๑๑๒๐๙๕๔ e-mail : trekrittka@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
๑. นางภารวี แก้วพินนา	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนา ระบบบริหาร กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	Tel ๐๒-๕๕๐๑๐๑๘ Mobile ๐๘๑-๙๓๑๖๐๗๙ e-mail : Paravee.kpr@gmail.com

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (Inspection Guideline)

คณะที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของเขตสุขภาพมีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (ร้อยละ ๑๐๐)

สถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ ๒๐ ปี ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand ๔.๐ รองรับการเติบโตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุซึ่งในปี ๒๕๗๓ ไทยจะมีผู้สูงอายุถึง ๑ ใน ๔ ของประชากรทั้งหมด การเชื่อมต่อการค้าและการลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ ตั้งเป้าหมายให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

๑. **ประชาชนสุขภาพดี** คือ ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า ๘๗ ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี

๒. **เจ้าหน้าที่มีความสุข** คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพและมีความสุขในการทำงาน

๓. **ระบบสุขภาพยั่งยืน** คือ ประชาชนมีระบบสุขภาพเป็นหนึ่งเดียว แบบองค์รวม ไร้รอยต่อ เป็นธรรม และมั่นคงทางสุขภาพ มุ่งพัฒนาสู่ “สังคมอยู่ร่วมอย่างมีความสุข สร้างความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” เป็นประเทศพัฒนาแล้ว

นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญด้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เพื่อผลักดันนโยบายสำคัญของรัฐบาลไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน โดยผ่านกลไกเครือข่ายสุขภาพอำเภอ รวมทั้งเร่งดำเนินการเพิ่มศักยภาพในชุมชนพัฒนาอาสาสมัครสุขภาพครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแล ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพได้ทั้งนี้กำหนดแผนเป็น ๔ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ คือการปฏิรูประบบสุขภาพ

ระยะที่ ๒ เป็นการสร้างความเข้มแข็ง

ระยะที่ ๓ ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน

และระยะที่ ๔ เมื่อสิ้นแผนในปี ๒๕๗๙

ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข ๑ ใน ๓ ของเอเชียโดยการพัฒนาความเป็นเลิศใน ๔ ด้านคือ

๑. **การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence)** คือ บูรณาการกระทรวงต่างๆ ดูแลผู้สูงอายุและเด็ก ลดการบาดเจ็บจากการจราจร ลดกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง มะเร็ง โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

๒. **ระบบบริการ (Service Excellence)** คือ จัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๖,๕๐๐ คน ภายใน ๑๐ ปี ดูแลคนไทย ๖๕ ล้านคน และภายในปี ๒๕๖๐ คนไทย ๑ ล้านครอบครัวจะมีแพทย์เวชศาสตร์ดูแลจัดระบบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล (Long Term Care) ทั่วประเทศ จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ๑,๐๐๐ คนในโรงพยาบาลใหญ่ทั่วประเทศ และจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMCO) และศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

๓. การพัฒนาคน (People Excellence) คือ การแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล วางแผนอัตรากำลังคน ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคเพื่อพัฒนาบุคลากร ปรับระบบค่าตอบแทนบุคลากร สาธารณสุข

๔. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) ได้แก่ คือ อภิบาลระบบสาธารณสุข สร้างต้นแบบองค์กรคุณธรรม สร้างความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยเน้นการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลและพัฒนาสมุนไพร จัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุข เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ด้านสิทธิประโยชน์และการบริหารจัดการระหว่าง ๓ กองทุน และจัดระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ จัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Data Clearing House)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ประเด็นการอภิบาลระบบสาธารณสุข คือการพัฒนากระบวนการและระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ประเด็นสำคัญ ของการขับเคลื่อนในระยะ ๕ ปี แรกคือ คือการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนเขตสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานของเขตสุขภาพ โดยมีมาตรการและแนวทางดำเนินการในปี ๒๕๖๒

การพัฒนาเชิงนวัตกรรม ของเขตสุขภาพ ตามกรอบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ที่แบ่งการจัดเขตสุขภาพเพื่อการบริหารทรัพยากร และประชากร การพัฒนาเพื่อให้ สร้างนวัตกรรม เป็นการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ทั้งในรูปแบบใหม่หรือการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และพัฒนาต่อยอดจากงานที่มีแนวทางปฏิบัติที่ดี โดยเขตสุขภาพมีการกำหนดแนวทางเพื่อการพัฒนา ที่มีรูปแบบแตกต่างจากการปฏิบัติงานเดิม และทำให้กระบวนการขับเคลื่อนมีประสิทธิภาพ เช่น มีแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ มีแผนบูรณาการและแนวทางขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ ทั้งระบบบริหารระบบบริการ การจัดโครงสร้างองค์กร โครงสร้างบริหารองค์กร ระบบบริหาร ระบบข้อมูล เขตสุขภาพ สามารถเลือกกำหนดประเด็นนวัตกรรม ดำเนินการได้ทั้งเชิงระบบและเฉพาะแผนงาน ทั้งนี้ต้องดำเนินงานในรูปแบบเขตสุขภาพ ฯลฯ

องค์ประกอบการพัฒนานวัตกรรม

๑. คำชี้แจงการใช้งานนวัตกรรมบริการ
๒. องค์ประกอบของนวัตกรรมบริการ
๓. หลักการและความสำคัญของนวัตกรรมบริการ
๔. จุดมุ่งหมายของนวัตกรรมบริการ
๕. แนวคิดและเนื้อหาสาระของรูปแบบ
๖. กลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานนวัตกรรมบริการ
๗. ผู้ใช้งานนวัตกรรมบริการ
๘. กิจกรรม/แนวทางการดำเนินการใช้นวัตกรรมบริการ
๙. การประเมินผลการใช้งานนวัตกรรมบริการ

ประเด็นที่มุ่งเน้น

ประเด็นการอภิบาลระบบสาธารณสุข คือการพัฒนากระบวนการและระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ประเด็นสำคัญของการขับเคลื่อน เน้นการมีนวัตกรรมเพื่อพัฒนาการดำเนินงานของเขตสุขภาพ

กรอบประเด็น ด้านการสร้างนวัตกรรม เพื่อพัฒนาระบบบริการ จะต้องดำเนินการในประเด็น สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ซึ่ง เมื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนาเชิงนวัตกรรม ผลสำเร็จของการดำเนินงานที่ได้ เมื่อเทียบกับระบบงานตามลักษณะที่เคยปฏิบัติ ควรมีรายงานผลการประเมิน ถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับ ประชาชนและหน่วยงาน

ประเด็นที่มุ่งเน้น ในการตรวจราชการปี ๒๕๖๒ มีมาตรการและแนวทางดำเนินการดังนี้

มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก
๑. พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนงาน	- มีแผนการพัฒนาเขตสุขภาพเชิงนวัตกรรม
๒. พัฒนาการจัดการเชิงกลยุทธ์	- มีรูปแบบ (Model) นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพอย่างน้อยเขตละ ๑ รูปแบบ
๓. กำกับติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ	- ติดตามกำกับผ่านระบบตรวจราชการ (กตร.) - ระบบการประเมินนวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ
๔. ขยายผลและสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น	- บูรณาการและความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น
๕. จัดทำข้อเสนอ	- รายงานผลการดำเนินงาน - ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการขยายผลแนวทางการปฏิบัติที่ดี

การตรวจราชการ

การตรวจราชการ รอบที่ ๑ เน้นการพัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อน และพัฒนาการจัดการเชิงกลยุทธ์ ซึ่งจะต้องมีกระบวนการวางแผน และสร้างกลไกการดำเนินงาน และการวางระบบระบบข้อมูล มีแผนงานเชิงบูรณาการระดับเขต มีคณะทำงานขับเคลื่อนแผน มีการวางระบบข้อมูล รวมถึงแนวทางการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน

การตรวจราชการรอบที่ ๒ เน้น การวางระบบกำกับติดตามประเมินผล การขยายผล และการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น การกำกับติดตาม มีการประเมินผล มีการจัดทำรายงานความก้าวหน้าของการบริหารจัดการ ประเด็นข้อค้นพบ-ปัญหาการดำเนินงานในด้านต่างๆ รวมทั้งมีผลสัมฤทธิ์นวัตกรรม หรือรูปแบบการปฏิบัติงานที่ดี

การประเมินผลที่มีเป้าหมายแต่ละระยะ ดังนี้

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
รูปแบบการดำเนินงาน (System design) ๑. มีแผนงานนวัตกรรมเชิงบูรณาการระดับเขต (แผนงาน /งบประมาณ) ๒. มีแผนการบริหารจัดการนวัตกรรมระบบบริการและระบบบริหารจัดการ ๓. มีการกำหนดประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM) และแนวทางการดำเนินงาน ๔. มีแผนควบคุมกำกับ ประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM) ๕. มีระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนและการ	๑. มีรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงาน (ผลผลิตระยะต้น : Output เบื้องต้น)	๑. มีรายงานผลการกำกับ ติดตามระดับเขต	๑. ผลสัมฤทธิ์นวัตกรรมระดับเขต (Output)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
บริหารจัดการแผนงานนวัตกรรม ๖. มีคำสั่งคณะทำงานขับเคลื่อนแผน นวัตกรรม			

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์	e-mail address
นางนवलภรณ์ เถยรอด	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	๐๒-๕๙๐๑๖๗๖	t_naul@yahoo.com
นางลัดขณา ว่องประทานพร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	๐๒-๕๙๐๑๖๐๒	Luxanaa๙@gmail.com
นางสุนีย์ สว่างศรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	๐๒-๕๙๐๑๔๘๒	suneehealth@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์
นพ.วิเชียร เทียนจรัสวัฒนา	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	๐๒-๕๙๐๑๘๒๖

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๙๐)

คำนิยาม : การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) เป็นการประเมินเชิงบวกที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนการประเมิน “ระบบงาน” โดยเฉพาะกระบวนการเปิดเผยข้อมูล กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างที่มีความโปร่งใส รวมถึงขั้นตอนและกระบวนการปฏิบัติงานและการให้บริการที่มีมาตรฐานและมีความเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ตลอดจนมีคุณสมบัติที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงจนถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต และประเมินแนวทางในการป้องกันการทุจริตและการป้องกันการปฏิบัติงานที่อาจก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน ตลอดจนประเมินผลการปฏิบัติงานในการกิจหลัก และในภาพรวมที่สะท้อนจากผลการประเมิน ซึ่งล้วนแต่มีความสำคัญและสามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะที่ดีในการปฏิบัติราชการที่มีคุณธรรม และมีธรรมาภิบาล ที่หน่วยงานภาครัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องมีและยึดถือปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

$$A \times 100 / B$$

A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๐ (ใน ๑ ปี)

B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (๑,๘๕๐ หน่วยงาน)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
การดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความโปร่งใสในกระบวนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและการปฏิบัติงานตามหน้าที่			
จำนวน ๑,๘๕๐ หน่วยงาน (๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ หน่วยงาน (๒) โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑๑๖ แห่ง (๓) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๘๗๘ หน่วยงาน	เสริมสร้างความโปร่งใสและ วัฒนธรรมสุจริต ในการป้องกันการทุจริต	ตรวจติดตามในไตรมาส ที่ ๑-๒ โดยผู้ตรวจประเมินแบบ สำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ตาม ข้อกำหนดแบบสำรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base)	หน่วยงานที่เข้ารับ การประเมินผ่านเกณฑ์ การประเมิน (๑) ระดับ ๕ ใน กระบวนการจัดซื้อ จัดจ้าง ในไตรมาสที่ ๑ (EB1-EB 4) (๒) ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA ร้อยละ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			๘๐ ในไตรมาสที่ ๒ (EB1-EB 26)
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
การดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความโปร่งใส ความพร้อมรับผิด ความปลอดภัยการทุจริตในการปฏิบัติงาน วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร และคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน ในกระบวนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและการปฏิบัติงานตามหน้าที่			
จำนวน ๑,๘๕๐ หน่วยงาน (๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ หน่วยงาน (๒) โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑๑๖ แห่ง (๓) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๘๗๘ หน่วยงาน	เสริมสร้างความโปร่งใสและ วัฒนธรรมสุจริต ในการป้องกันการทุจริต	ตรวจติดตามในไตรมาสที่ ๓-๔ โดยผู้ตรวจประเมินแบบสำรวจ หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ตาม ข้อกำหนดแบบสำรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base)	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใส ในระดับสูงมาก ร้อยละ ๙๐ (EB1-EB 26)

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ประเมินตนเองตาม แบบสำรวจ ข้อ EB1-EB4 (เฉพาะกระบวนการจัดซื้อ จัดจ้าง)	ประเมินตนเองตามแบบ สำรวจ ข้อ EB1-EB26	ประเมินตนเองตามแบบ สำรวจ ข้อ EB1-EB26	ประเมินตนเองตามแบบ สำรวจ ข้อ EB1-EB26

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๖๖ Mobile : ๐๘ ๑๙๓๑ ๕๓๘๘ e-mail : pankung08@gmail.com	ตัวชี้วัดที่ ๔๔

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๖๖ Mobile : ๐๘ ๑๙๓๑ ๕๓๘๘ e-mail : pankung08@gmail.com	ตัวชี้วัดที่ ๔๔

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

หัวข้อ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

คำนิยาม

การตรวจสอบภายใน หมายถึง การประเมินเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น ช่วยให้ส่วนราชการบรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ และปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยง การควบคุมและการกำกับดูแลของส่วนราชการ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้การทำงานของส่วนราชการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผลยิ่งขึ้นในอันที่จะช่วยเพิ่มคุณค่าให้กับส่วนราชการ

ระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) หมายถึง การนำเทคโนโลยีสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์มาช่วยประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้วยระบบควบคุมภายใน โดยระบบจะเชื่อมโยงการประมวลผลกับฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จึงสามารถทราบผลการประเมินได้ทันที ทำให้เกิดการคล่องตัว สะดวก รวดเร็ว ลดระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสารสนเทศส่งผลต่อการกำกับดูแลการดำเนินงานและการตัดสินใจของผู้บริหารหน่วยงานที่รวดเร็วและสะดวกขึ้น ทั้งนี้ การประเมินด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์มีการประมวลผลข้อมูลการประเมินการควบคุมภายใน ๕ มิติ ได้แก่

๑. มิติด้านการประเมินระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
๒. มิติด้านการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล
๓. มิติด้านการเงิน
๔. มิติด้านพัสดุ
๕. มิติด้านงบการเงิน

การตรวจสอบงบการเงิน หมายถึง การจัดทำงบการเงินควรแสดงข้อมูลที่มีนัยสำคัญรายการที่มีนัยสำคัญโดยลักษณะของรายการควรแยกแยะแสดงรายการนั้นในงบการเงินต้องเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ ซึ่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือจะต้องเป็นข้อมูลที่ ไม่มีความผิดพลาดที่มีนัยสำคัญ และสามารถกำหนดมูลค่าได้อย่างน่าเชื่อถือ ข้อมูลที่มีความเป็นกลางจะทำให้งบการเงินมีความน่าเชื่อถือ งบการเงินจะขาดความเป็นกลางเมื่อหน่วยงานที่เสนอรายงานให้ข้อมูลที่มีผลทำให้ผู้ใช้งบการเงินเบี่ยงเบนการ ตัดสินใจไปตามความต้องการของหน่วยงานนั้น

หน่วยบริการ หมายความว่า หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

กำหนดระดับขั้นความสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมาย ดังนี้

ขั้นที่ ๑ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ

ขั้นที่ ๒ มีการดำเนินการประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)

ขั้นที่ ๓ หน่วยบริการตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบงบการเงิน ร้อยละ ๕๐

ขั้นที่ ๔ ผลการประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ภาพรวมผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

ขั้นที่ ๕ หน่วยบริการมีการแก้ไขข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะจากผลการตรวจสอบงบการเงิน ครบทุกหน่วยบริการ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

๑. การประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)

$$\frac{\text{หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน EIA}}{\text{หน่วยบริการทั้งหมด}} \times 100$$

๒. การประเมินการตรวจสอบงบการเงิน

$$\frac{\text{หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบงบการเงิน}}{\text{หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายการตรวจสอบงบการเงินทั้งหมด}} \times 100$$

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ/ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
หน่วยบริการ (รพศ./รพท./รพช.)	กำกับและติดตามผล การประเมินระบบควบคุม ภายในด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) และการประเมินตามแนว ทางการตรวจสอบงบการเงิน ของหน่วยบริการ	รอบที่ ๑ ๑. กำกับให้มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการ /คณะทำงาน ประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ ๒. กำกับให้หน่วยบริการ ประเมินระบบการควบคุมภายใน ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ๓. กำกับให้หน่วยบริการ ประเมินตามแนวทางการ ตรวจสอบงบการเงิน	๑. หน่วยบริการมีผลการ ประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. หน่วยบริการมีระบบการ บริหารจัดการภายในที่มี ประสิทธิภาพส่งผลให้หน่วย บริการที่ประสบภาวะวิกฤต ทางการเงินลดลง
		รอบที่ ๒ ๑. ติดตามการแก้ไขปรับปรุง ตามผลการประเมินจากระบบการ ควบคุมภายในด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ๒. ติดตามผลการแก้ไขข้อ บกพร่องและข้อเสนอแนะจากผล การตรวจสอบงบการเงิน	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>๑. มีคู่มือแนวทาง/การตรวจสอบงบการเงินและการควบคุมภายใน (EIA) พร้อมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ</p>	<p>๑. มีการประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)</p> <p>๒. หน่วยบริการประเมินการตรวจสอบงบการเงิน</p> <p>๓. หน่วยบริการตามเป้าหมายที่กำหนดผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบงบการเงิน ร้อยละ ๕๐</p>	<p>๑. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ในภาพรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. หน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินได้แก้ไขปรับปรุงตามผลการประเมิน</p>	<p>๑. ทุกหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินครบทุกขั้นตอน</p> <p>๒. หน่วยบริการได้แก้ไขข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะครบทุกหน่วย</p>

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
ร้อยละของผลประเมินการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ในภาพรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	<p><u>ระบบ</u></p> <p>ระบบประเมินการควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)</p> <p><u>วิธีการรายงาน</u></p> <p>สรุปผลรายงานเชิงปริมาณและคุณภาพ</p> <p><u>เครื่องมือ</u> แบบประเมินการควบคุมภายใน ๕ มิติ</p>	<p>กลุ่มตรวจสอบภายใน</p> <p>URL : https://iad.moph.go.th/main</p> <p>เลือกหัวข้อ “โปรแกรมการตรวจสอบภายใน”</p>
ร้อยละของผลประเมินการตรวจสอบงบการเงินของหน่วยบริการตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๐	<p><u>วิธีการรายงาน</u></p> <p>สรุปรายงานเชิงปริมาณและคุณภาพ (รอบ ๖ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน)</p> <p><u>เครื่องมือ</u> แนวทางการตรวจสอบงบการเงิน</p>	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวศิริลักษณ์ มั่นศรี	ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายใน ชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.	Tel. ๐๘๑ ๙๗๓ ๒๙๐๙ Mobile ๐๘๑ ๙๗๓ ๒๙๐๙ e-mail : toom_tp@outlook.com	ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล
นางสาวชนม์ศุภางค์ หอเจริญ	ตำแหน่ง ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ตรวจสอบภายใน กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.	Tel. ๐๘๖ ๔๐๐ ๔๕๑๙ Mobile ๐๘๖ ๔๐๐ ๔๕๑๙ e-mail : gchon.ngoen@gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นางสาวรณมล อยู่นาค	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.	Tel. ๐๙๒ ๒๔๖ ๐๗๕๑ Mobile ๐๙๒ ๒๔๖ ๐๗๕๑ e-mail : wanon๒๕๑๒๒@gmail.com	ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล
นายสมัย นิลสาริกา	ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.	Tel. ๐๘๖ ๙๙๒ ๙๖๙๕ Mobile ๐๘๖ ๙๙๒ ๙๖๙๕ e-mail : samai.nnn@gmail.com	
นายชาญยุทธ แสนเลิศ	ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.	Tel. ๐๘๒ ๗๐๗ ๐๔๘๙ Mobile ๐๘๒ ๗๐๗ ๐๔๘๙ e-mail : teeman๑๓๑๙@gmail.com	
นางสาวศิริลักษณ์ มั่นศรี	ตำแหน่ง นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.	Tel. ๐๘๑ ๙๗๓ ๒๙๐๙ Mobile ๐๘๑ ๙๗๓ ๒๙๐๙ e-mail : toom_tp@outlook.com	
นางสาวชนม์ศุภางค์ หอเจริญ	ตำแหน่ง ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านตรวจสอบภายใน กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.	Tel. ๐๘๖ ๔๐๐ ๔๕๑๙ Mobile ๐๘๖ ๔๐๐ ๔๕๑๙ e-mail : gchon.ngoen@gmail.com	

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การบริหารจัดการประสิทธิภาพ

หัวข้อ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗

คำนิยาม

หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ หมายถึง การวัดระดับความรุนแรงของการเข้าสู่ปัญหาทางการเงิน โดยเกณฑ์อัตราส่วนทางการเงินในการประเมินจากข้อมูลงบทดลองของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.)

หลักเกณฑ์การประเมินวิกฤตทางการเงินระดับ ๗

กำหนดอัตราส่วนทางการเงิน (Financial Ratios) สำหรับการวิเคราะห์ทางการเงิน ซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งในการวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการ วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการ ประกอบด้วย

๑. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน/หนี้สินหมุนเวียน

๒. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน - สินค้าคงเหลือ-สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น)/หนี้สินหมุนเวียน

๓. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash) = (เงินสด+รายการเทียบเท่าเงินสด+เงินฝากประจำ)/หนี้สินหมุนเวียน

๔. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน - หนี้สินหมุนเวียน

๕. กำไรสุทธิ (Net Income : NI) = รายได้ - ค่าใช้จ่าย

อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการดังกล่าวนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์วิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ

ซึ่งจะต้องมีการวิเคราะห์ตามนโยบายบัญชีและกรอบการบันทึกบัญชี ว่าสามารถนำข้อมูลจากรายการทางการเงินมาใช้ประกอบในการคำนวณ ดังนี้

๑. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (CR) สามารถนำข้อมูลตัวเลขจากงบแสดงฐานะทางการเงินเพื่อการบริหารข้างต้นประกอบการคำนวณ ดังนี้

รวมสินทรัพย์หมุนเวียน / รวมหนี้สินหมุนเวียน

๒. อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (QR) สามารถนำข้อมูลตัวเลขจากงบแสดงฐานะทางการเงินเพื่อการบริหารข้างต้นประกอบการคำนวณ ดังนี้

รวมสินทรัพย์หมุนเวียน - รวมยาและวัสดุคงเหลือ - ภาษีหักส่งล่วงหน้า - ค่าใช้จ่ายจ่ายล่วงหน้าอื่น - สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น ๆ / รวมหนี้สินหมุนเวียน

๓. อัตราส่วนเงินสด สามารถนำข้อมูลตัวเลขจากงบแสดงฐานะทางการเงินเพื่อการบริหารข้างต้นประกอบการคำนวณ ดังนี้

รวมเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด / รวมหนี้สินหมุนเวียน

๔. ทุนสำรองสุทธิ (NWC) สามารถนำข้อมูลตัวเลขจากงบแสดงฐานะทางการเงินเพื่อการบริหารข้างต้นประกอบการคำนวณ ดังนี้

รวมสินทรัพย์หมุนเวียน - รวมหนี้สินหมุนเวียน

๕. กำไรสุทธิ (NI) = รายได้ - ค่าใช้จ่าย สามารถนำข้อมูลตัวเลขมาจากงบแสดงผลการดำเนินงานเพื่อการบริหารประกอบการคำนวณ บรรทัด “รายได้สูงกว่า (ต่ำกว่า) ค่าใช้จ่ายสุทธิ”

อัตราส่วนทางการเงินทั้ง ๕ รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์วิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของอุตสาหกรรม แล้วนำค่าของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้

๑. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์

๑) $CR < ๑.๕$

๒) $QR < ๑$

๓) $Cash < ๐.๘$

๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน

๑) แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < ๐$

๒) แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม: Net Income: NI) $NI < ๐$

๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง

๑) NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๓ เดือน*

๒) NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๖ เดือน

*โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๓ เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น ๒ เท่า ทั้งนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไข มาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงิน เป็น ๗ ระดับ ดังนี้

ระดับ ๐-๑	ปกติ
ระดับ ๒	คาดว่าจะดีขึ้นภายใน ๓ เดือน
ระดับ ๓	คาดว่าจะดีขึ้นภายใน ๓ เดือน
ระดับ ๔	คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๖ เดือน
ระดับ ๕	คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๖ เดือน
ระดับ ๖	คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๓ เดือน
ระดับ ๗	มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

สูตรการคำนวณ:

$$\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการ สป.สธ. ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗}}{\text{จำนวนหน่วยบริการ สป.สธ. ที่จัดส่งรายงานงบทดลอง}} \times 100$$

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
หน่วย บริการที่ ประสบ ภาวะวิกฤต ทางการเงิน ระดับ ๗ ไม่ เกินร้อยละ ๔	๑. การจัดสรรเงินอย่าง เพียงพอ	๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย	ร้อยละ ๑๐๐ \geq ร้อยละ ๙๐
	๒. พัฒนาการบริหาร ระบบบัญชี	๒.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ งบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ ๒.๒ ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชี เงินสด/ เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ถูกต้อง ตรงกับรายงานเงิน คงเหลือประจำวันและงบกระทบยอดเงินฝากธนาคาร ไม่ต่ำกว่า ๗๕ (๑๗๕ แห่ง) ๒.๓ ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่เป็นหน่วยบริการ ดำเนินการจ่ายเงิน-รับเงินและนำเงินส่งคลังผ่านระบบ อิเล็กทรอนิกส์	\geq ร้อยละ ๘๐ ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๖๐
	๓. สร้างประสิทธิภาพ การบริหารจัดการ	๓.๑ พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม (ระดับเขต)	มี รพ.นำร่อง อย่างน้อย เขตละ ๑ รูปแบบ
	๔. ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพ ทางการเงิน	๔.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ ๕ ๔.๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผน ประมาณการรายได้และผลการดำเนินงานด้านรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) ไม่เกินร้อยละ ๕ ๔.๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผน ควบคุมค่าใช้จ่ายและผลการดำเนินงานด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) ไม่เกิน ร้อยละ ๕ ๔.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน \geq ๕ ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพ ทางการเงิน (๗ Plus Efficiency) ๔.๓ ร้อยละของหน่วยบริการมีส่วนของต้นทุนผู้ป่วย นอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วย บริการในกลุ่มระดับเดียวกัน	ร้อยละ ๗๐ ร้อยละ ๗๐ ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๘๐
			๔.๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผน ประมาณการรายได้และผลการดำเนินงานด้านรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) ไม่เกินร้อยละ ๕
๔.๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผน ควบคุมค่าใช้จ่ายและผลการดำเนินงานด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) ไม่เกิน ร้อยละ ๕			ร้อยละ ๗๐
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
หน่วย บริการที่ ประสบ ภาวะวิกฤต ทางการเงิน ระดับ ๗ ไม่ เกินร้อยละ ๔	๑. การจัดสรรเงินอย่าง เพียงพอ	๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย	ร้อยละ ๑๐๐ \geq ร้อยละ ๙๐
		๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ \geq ค่าใช้จ่าย	ร้อยละ ๑๐๐ \geq ร้อยละ ๙๐

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	๒. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี	๒.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ ๒.๒ ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด/ เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ถูกต้อง ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบกระทบยอดเงินฝากธนาคารไม่ต่ำกว่า ๗๕ (๑๗๕ แห่ง) ๒.๓ ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่เป็นหน่วยบริการดำเนินการจ่ายเงิน-รับเงินและนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์	≥ ร้อยละ ๙๐ ร้อยละ ๗๐ ร้อยละ ๘๐
	๓. สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	๓.๑ พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม (ระดับเขต)	๑. คำสั่งแต่งตั้ง คกก. ระดับเขต ๒. แผนปฏิบัติการ
	๔. ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน	๔.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผลไม่เกินร้อยละ ๕ ๔.๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนประมาณการรายได้และผลการดำเนินงานด้านรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) ไม่เกินร้อยละ ๕ ๔.๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนควบคุมค่าใช้จ่ายและผลการดำเนินงานด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) ไม่เกินร้อยละ ๕ ๔.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ ๕ ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus Efficiency) ๔.๓ ร้อยละของหน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน	ร้อยละ ๗๐ ร้อยละ ๗๐ ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๘๐

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
หน่วยบริการที่ประสิทธิภาพการตรวจทางการเงินระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๔			

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
๑. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสิทธิภาพการตรวจทางการเงินระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๔	ตารางการประเมินวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ระดับหน่วยบริการ จังหวัด และเขต	กลุ่มพัฒนาระบบบัญชีบริหาร กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ https://hfo.cfo.in.th/
๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน	ตารางสรุปการจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง	กลุ่มพัฒนาระบบบัญชีบริหาร กองเศรษฐกิจสุขภาพและ

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
ถูกต้อง สมบูรณ์	สาธารณสุข	หลักประกันสุขภาพ https://hfo.cfo.in.th/
๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ งบทดลองเบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์	ระบบการตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น	กลุ่มพัฒนาระบบบัญชีบริหาร กองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ https://hfo.cfo.in.th/
๑.๓ ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด/ เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ถูกต้อง ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบกระทบยอดเงินฝากธนาคาร ไม่ต่ำกว่า ๗๕ (๑๗๕ แห่ง)	รายงานสรุปผลการตรวจสอบ	กองบริหารการคลัง
๑.๔ ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่เป็นหน่วยบริการดำเนินการจ่ายเงิน-รับเงินและนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์	รายงานสรุปการดำเนินการจ่ายเงิน-รับเงินและนำส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์	กองบริหารการคลัง
๒. พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วม (ระดับเขต)	เอกสาร/หลักฐาน	สำนักงานเขตสุขภาพ
๒.๑ ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนประมาณการรายได้และผลการดำเนินงานด้านรายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) ไม่เกินร้อยละ ๕	รายงานสรุปผลการประเมินผลต่างของแผนประมาณการรายได้และผลการดำเนินงาน รายไตรมาส	กลุ่มพัฒนาระบบบัญชีบริหาร กองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ https://hfo.cfo.in.th/
๒.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนควบคุมค่าใช้จ่ายและผลการดำเนินงานด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) ไม่เกินร้อยละ ๕	รายงานสรุปผลการประเมินผลต่างของแผนประมาณการรายได้และผลการดำเนินงาน รายไตรมาส	กลุ่มพัฒนาระบบบัญชีบริหาร กองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ https://hfo.cfo.in.th/
๒.๓ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus Efficiency)	รายงานสรุปร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 รายไตรมาส แยกเป็นรายหน่วยบริการ รายจังหวัด รายเขต	กลุ่มพัฒนาระบบบัญชีบริหาร กองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ https://hfo.cfo.in.th/
๒.๔ ร้อยละของหน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยในไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน	รายงานสรุปผลการประเมินสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน รายไตรมาส แยกเป็นรายหน่วยบริการ รายจังหวัด และรายเขต	กลุ่มพัฒนาระบบบัญชีบริหาร กองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ https://hfo.cfo.in.th/

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
นพ.วัฒน์ชัย จรูญวรรณะ	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๕๕๓ Mobile ๐๘๑-๖๘๒๑๓๐๕ e-mail : watchai@yahoo.com
นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์	ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี ชำนาญการพิเศษ	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๗๙๗ Mobile ๐๘๘-๘๗๔๒๔๔๐ e-mail : numkhang_sere@hotmail.com
นางศุภิษา เชื้อชาญ	ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี ปฏิบัติการ	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๕๗๕ Mobile ๐๘๔-๘๔๖๔๒๘๒ e-mail : money-๑๐๙๗๕@yahoo.co.th

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address
นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์	ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี ชำนาญการพิเศษ	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๗๙๗ Mobile ๐๘๘-๘๗๔๒๔๔๐ e-mail : numkhang_sere@hotmail.com
นางศุภิษา เชื้อชาญ	ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี ปฏิบัติการ	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๕๗๕ Mobile ๐๘๔-๐๙๙๕๓๔๖
นายพยนต์ แจ่มศรี	ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๕๗๕ e-mail : higmoph@gmail.com
นางสาวนิตยา กรอบทอง	ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี	Tel. ๐๒-๕๙๐๑๕๗๕ e-mail : higmoph@gmail.com

คณะที่ ๔

การตรวจราชการแบบบูรณาการ

ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

๑. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจนภาคเหนือ
๒. โครงการเมืองสมุนไพร
๓. โครงการพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง
๔. โครงการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนและให้ความรู้แก่พ่อแม่เด็กในด้านโภชนาการที่เหมาะสม
๕. โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก
๖. โครงการยกระดับคุณภาพบริการ และส่งเสริมธุรกิจต่อเนื่องในแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของภาค
๗. โครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนทุกช่วงวัย

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ

(คกต.) คณะที่ ๔

กรอบประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ
ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

กรอบประเด็นการตรวจราชการ

คณะที่ ๔ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้กำหนดให้ “การตรวจราชการ” เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดินที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐนั้นเป็นไปตามเป้าหมาย อีกทั้งยังเป็นกลไกสำคัญที่สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจต่างๆ ของภาครัฐ สำนักนายกรัฐมนตรีได้กำหนดกรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และกำหนดประเด็นสำคัญในการตรวจราชการเพื่อผลักดันแผนพัฒนาภาค โดยมีแนวทางการปฏิรูปประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ ระยะ ๒๐ ปี ซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติราชการ เพื่อนำมาซึ่งประโยชน์สุขของประชาชนเป็นสำคัญ ประกอบกับข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรีที่มุ่งเน้นให้มีการปรับปรุงวิธีการตรวจราชการ มติคณะรัฐมนตรีในการปรับปรุงงานตรวจราชการให้สอดคล้องกับข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

๑. ปัญหาความเดือดร้อน หรือเรื่องร้องเรียนของประชาชน

๒. เรื่องเบาะแสทุจริต

๓. งานตามนโยบายของรัฐบาล ประกอบด้วย

๓.๑ งานตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี ได้แก่ การตรวจติดตามโครงการเน็ตประชารัฐ

๓.๒ งานตามมติคณะรัฐมนตรี ได้แก่ การตรวจติดตามมาตรการช่วยเหลือเกษตรกรและรักษาเสถียรภาพราคาข้าว ปีการผลิต ๒๕๖๑/๖๒ ด้านการตลาด

๓.๓ งานตามข้อสั่งการของรองนายกรัฐมนตรี (พลอากาศเอก ประจิน จั่นตอง) ได้แก่ การตรวจติดตามประเด็นยาเสพติด

๓.๔ การตรวจติดตามประเด็นสำคัญตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนพัฒนาภาค

๔. ภารกิจปกติ ประกอบด้วย

๔.๑ การตรวจติดตามเกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔.๒ การตรวจติดตามโครงการจิตอาสาเพื่อพัฒนาลำนํ้ากับชีวิตบวรวิถีแห่งความพอเพียง

๔.๓ การตรวจติดตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี

จากกรอบแนวทางดังกล่าว สำนักนายกรัฐมนตรีเห็นว่า การตรวจราชการบางประเด็นเมื่อใช้กลไกการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้ตรวจราชการกระทรวงหรือผู้ตรวจราชการกรมเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการตรวจราชการจะทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยผู้ตรวจราชการประชุมร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา หรือลงพื้นที่ตรวจราชการร่วมกันตามความจำเป็นและเหมาะสม ในประเด็นการตรวจราชการที่มีความจำเป็นต้องใช้กลไกการตรวจราชการแบบบูรณาการ ได้แก่

๑. การตรวจติดตามการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนหรือข้อร้องเรียนของประชาชน เป็นการตรวจติดตามในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้ได้ข้อยุติหรือบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชน

๒. การตรวจติดตามงานตามนโยบายของรัฐบาล ในส่วนของงานตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี/รองนายกรัฐมนตรี และงานตามมติคณะรัฐมนตรี เป็นการตรวจราชการร่วมกันของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีและผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้องตามที่ข้อสั่งการและมติคณะรัฐมนตรีกำหนด

๓. การตรวจติดตามงานตามนโยบายของรัฐบาล ในส่วนของการตรวจติดตามประเด็นสำคัญตามแผนพัฒนาภาค โดยมีกรอบแนวทางการตรวจราชการ ดังนี้

๓.๑ เรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) ที่จะกำหนดตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกัน โดยพิจารณาหยิบยกจาก

- จุดเน้นการพัฒนาภาค/ยุทธศาสตร์จังหวัด/กลุ่มจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และยุทธศาสตร์ชาติ
- ศักยภาพของจังหวัด/ปัญหาสำคัญของจังหวัด

รายละเอียดตามเอกสารความเชื่อมโยงของแผนภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และข้อมูลจุดเน้นการพัฒนาภาค

๓.๒ รอบการตรวจราชการ ๒ รอบ หรือกำหนดตามข้อเท็จจริงของเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE)

๓.๓ การจัดทำแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการ

ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการกระทรวง แต่ละเขต/ภาค สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสำนักงานงบประมาณ ประชุมร่วมกันเพื่อ

- คัดเลือกเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) ที่จะตรวจติดตาม
- กำหนดรอบการตรวจราชการในแต่ละเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE)
- กำหนดกรอบประเด็นการตรวจราชการ รวมทั้งวิธีการตรวจราชการร่วมกัน

๓.๔ การจัดเตรียมข้อมูลประกอบการตรวจราชการ

ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) แต่ละเขต/ภาค ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) แต่ละเขต/ภาค ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) ที่เลือกในเบื้องต้นจากเอกสาร หากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์เพียงพอ อาจพิจารณาประชุมร่วมกับจังหวัดโดยใช้ระบบการประชุมทางไกล (Video Conference) ของหน่วยงานที่มีระบบดังกล่าว อาทิ กระทรวงมหาดไทย เพื่อรับทราบข้อมูล และเนื้อหาสาระของเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) ที่จะไปตรวจติดตามในเบื้องต้น เนื่องจากสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีอยู่ระหว่างการพัฒนาระบบการประชุมทางไกล (Video Conference)

๓.๕ การลงพื้นที่ตรวจราชการ

ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) ลงพื้นที่ตรวจราชการร่วมกันโดยเลือกลงพื้นที่เฉพาะที่มีประเด็นปัญหา เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา ให้ข้อเสนอแนะ และสอบถามความพึงพอใจ หรือความต้องการของประชาชนที่มีต่อเรื่องหรือประเด็นสำคัญตามนโยบายของรัฐบาล และรับฟังเสียงสะท้อน รวมทั้งการได้รับประโยชน์ทั่วถึงหรือไม่ทั่วถึงของการดำเนินนโยบาย

เขตตรวจราชการ	จังหวัด
เขตตรวจราชการส่วนกลาง	กรุงเทพมหานคร
เขตตรวจราชการที่ ๑	กลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนบน รวม ๖ จังหวัด จังหวัดชัยนาท พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง
เขตตรวจราชการที่ ๒	กลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล รวม ๔ จังหวัด จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี นครปฐม สมุทรปราการ
เขตตรวจราชการที่ ๓	กลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง ๑ รวม ๓ จังหวัด จังหวัดกาญจนบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี

เขตตรวจราชการ	จังหวัด
เขตตรวจราชการที่ ๔	กลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง ๒ รวม ๔ จังหวัด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร
เขตตรวจราชการที่ ๕	กลุ่มจังหวัดภาคใต้ฝั่งอ่าวไทย รวม ๕ จังหวัด จังหวัดกระบี่ นครศรีธรรมราช พัทลุง สุราษฎร์ธานี สงขลา
เขตตรวจราชการที่ ๖	กลุ่มจังหวัดภาคใต้ฝั่งอันดามัน รวม ๖ จังหวัด จังหวัดกระบี่ ตรัง พังงา ภูเก็ต ระนอง สตูล
เขตตรวจราชการที่ ๗	กลุ่มจังหวัดภาคใต้ชายแดน รวม ๓ จังหวัด จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา
เขตตรวจราชการที่ ๘	กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ๑ รวม ๓ จังหวัด จังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง
เขตตรวจราชการที่ ๙	กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ๒ รวม ๕ จังหวัด จังหวัดจันทบุรี ตราด นครนายก ปราจีนบุรี สระแก้ว
เขตตรวจราชการที่ ๑๐	กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ๑ รวม ๕ จังหวัด จังหวัดบึงกาฬ เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี
เขตตรวจราชการที่ ๑๑	กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ๒ รวม ๓ จังหวัด จังหวัดนครพนม มุกดาหาร สกลนคร
เขตตรวจราชการที่ ๑๒	กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง รวม ๔ จังหวัด จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
เขตตรวจราชการที่ ๑๓	กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ๑ รวม ๔ จังหวัด จังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์
เขตตรวจราชการที่ ๑๔	กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ๒ รวม ๔ จังหวัด จังหวัดยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี
เขตตรวจราชการที่ ๑๕	กลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบน ๑ รวม ๔ จังหวัด จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน
เขตตรวจราชการที่ ๑๖	กลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบน ๒ รวม ๔ จังหวัด จังหวัดเชียงราย น่าน พะเยา แพร่
เขตตรวจราชการที่ ๑๗	กลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ๑ รวม ๕ จังหวัด จังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์
เขตตรวจราชการที่ ๑๘	กลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ๒ รวม ๔ จังหวัด จังหวัดกำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี

๓.๖ การสรุปผลการตรวจราชการ

ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) ประชุมร่วมกันเพื่อสรุปผลการตรวจราชการ ติดตามเร่งรัดการดำเนินการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ กรอบแนวทางการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จะมีข้อแตกต่างจากกรอบแนวทางการตรวจราชการในปีที่ผ่านมา ดังนี้

กรอบแนวทางการตรวจราชการแบบเดิม	กรอบแนวทางการตรวจราชการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
๑. ประเด็นการตรวจราชการเป็นเรื่องเดียวกันทั่วประเทศ	๑. ประเด็นการตรวจราชการแตกต่างกันตามสภาพปัญหาของพื้นที่และเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) ที่เลือก
๒. มีการประชุมหารือร่วมกันก่อนออกตรวจราชการในลักษณะภาคในแนวทางเดียวกัน	๒. มีการประชุมหารือร่วมกันก่อนออกตรวจราชการในลักษณะเขต/ภาค ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) ที่เลือก
๓. ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการกระทรวงลงพื้นที่ตรวจราชการร่วมกัน	๓. ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการกระทรวงเฉพาะกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) นั้นๆ ลงพื้นที่ตรวจราชการร่วมกัน
๔. ประสานขอข้อมูลประกอบการตรวจราชการจากหน่วยงาน	๔. ใช้ระบบการประชุมทางไกล (Video Conference) ในการจัดเตรียมข้อมูลประกอบการตรวจราชการ
๕. ไม่มีกลไกในการสำรวจ/สอบถามประชาชนถึงประโยชน์ ความพึงพอใจ และความทั่วถึงที่ได้รับจากแผนงาน/โครงการตามนโยบายของรัฐบาลที่เป็นรูปธรรม	๕. มีการสำรวจ/สอบถามประชาชนถึงประโยชน์ ความพึงพอใจ และความทั่วถึงที่ได้รับจากแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) ที่เลือก
๖. ไม่ได้ใช้กลไก ก.ธ.จ. ในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และความคิดเห็นแก่ผู้ตรวจราชการ ในงานตรวจราชการแบบบูรณาการ	๖. ก.ธ.จ. และเครือข่ายภาคประชาชนจะมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และความคิดเห็นแก่ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อสะท้อนความพึงพอใจของประชาชน และภาคส่วนต่างๆ ต่อแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง/ประเด็นสำคัญ (ISSUE) ที่เลือก

กระบวนการตรวจติดตามประเด็นสำคัญตามแผนพัฒนาภาคของสำนักนายกรัฐมนตรี
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการ ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อซักซ้อมแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อผลักดันการพัฒนาภาคของ
ผู้ตรวจราชการกระทรวง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ภายในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

ผู้ตรวจราชการกระทรวง รายงานข้อมูลโครงการ/กิจกรรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวง ใน
แต่ละยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาภาค (ส่งรายงานข้อมูลโครงการ/กิจกรรมฯ ตามแบบฟอร์มที่ ๑)

ภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒

การตรวจติดตามโครงการ และการรายงานของผู้ตรวจราชการกระทรวง/การตรวจติดตาม
แผนพัฒนาจังหวัด/กลุ่มจังหวัด และกำหนดประเด็นการตรวจของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี

๑. ผู้ตรวจราชการกระทรวง ตรวจติดตามโครงการในความรับผิดชอบของกระทรวงในแต่ละยุทธศาสตร์
และส่งสำเนารายงานผลการตรวจติดตามโครงการทุกโครงการในแต่ละยุทธศาสตร์ ตามแบบที่กำหนดให้ผู้ตรวจ
ราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ทราบ (ส่งรายงานผลการตรวจติดตามแผนงาน/โครงการฯ ตามแบบฟอร์มที่ ๒)

๒. ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี แจ้งประเด็นการตรวจติดตามแผนพัฒนาจังหวัด/กลุ่มจังหวัด และกำหนดประเด็นสำคัญที่จะตรวจติดตามในพื้นที่ พร้อมทั้งกำหนดชุมชนที่ลงพื้นที่ตรวจติดตามในลักษณะ Top down

ภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๒

การวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี พิจารณาประเด็นปัญหาจากรายงานผลการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวง ข้อมูลแผนพัฒนาจังหวัด/กลุ่มจังหวัด และ ก.ธ.จ.

ภายในวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

การประชุมหารือร่วมของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้ตรวจราชการกระทรวง/กรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดประเด็นปัญหา และกำหนดการลงพื้นที่พบปะประชาชนและหน่วยรับตรวจ เพื่อทำ Gov lab แก้ไขปัญหาร่วมกัน

การลงพื้นที่ครั้งที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ - ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๒

ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ร่วมลงพื้นที่ หาข้อมูลข้อเท็จจริง กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการสร้างการรับรู้ สอดถามความคิดเห็น และความพึงพอใจ/ความต้องการของประชาชนที่มีต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาภาค สะท้อนประสิทธิผลของงานตามนโยบายรัฐบาล

๑. ภายในวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒

การจัดทำรายงานการตรวจราชการแบบบูรณาการ ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เสนอ ร.นรม. (นายวิษณุ เครืองาม) ที่กำกับดูแลภาค และปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ตามแต่กรณี

๒. ภายในวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๒

จัดทำสรุปผลความคืบหน้าในการแก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในภาพรวม กรณีที่หน่วยรับตรวจในพื้นที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ผนวกกับผลการตรวจของผู้ตรวจราชการกระทรวง ในภาพรวม/รายภาค กราบเรียนนายกรัฐมนตรี ทราบ/พิจารณาให้ความเห็นชอบ หรือมีคำสั่งมอบหมายให้ตรวจติดตามปัญหาอื่นใดต่อไป

การลงพื้นที่ครั้งที่ ๒ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๒ ตามแต่กรณี :

ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ร่วมลงพื้นที่ กรณีที่การแก้ไขปัญหา ครั้งที่ ๑ หรือครั้งต่อไป ยังไม่บรรลุผลสำเร็จ พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ผลงานของรัฐบาล และถกแถลงถึงท่าทีของรัฐบาล

๑. ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

การจัดทำรายงานการตรวจราชการแบบบูรณาการ เสนอ ร.นรม. (นายวิษณุ เครืองาม) ที่กำกับดูแลภาค และปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ตามแต่กรณี

๒. ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๒

จัดทำสรุปผลการปฏิบัติงานของผู้ตรวจราชการกระทรวง (สรุปผลการดำเนินการ แก้ไขปัญหา ผลผลิต และผลลัพธ์) กราบเรียน นายกรัฐมนตรี

แบบรายงานข้อมูลโครงการ/กิจกรรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวง
ในแต่ละยุทธศาสตร์ตามแผนงานบูรณาการพัฒนาพื้นที่ภาค (ภาค.....)

ข้อมูล ณ วันที่.....

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาการท่องเที่ยวและธุรกิจบริการต่อเนื่องให้มีคุณภาพ สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มอย่างยั่งยืน และกระจายประโยชน์อย่างทั่วถึง รวมทั้งต่อยอดการผลิตสินค้าและบริการที่มี ศักยภาพสูงด้วยภูมิปัญญาและนวัตกรรม</i>				
คมนาคม	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑.			
มหาดไทย	๑.			
วัฒนธรรม	๑.			
อุตสาหกรรม	๑.			
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ใช้โอกาสจากเขตเศรษฐกิจพิเศษ และการเชื่อมโยงกับอนุภูมิภาค GMS BIMSTEC และ AEC เพื่อขยายฐานเศรษฐกิจของภาค</i>				
คมนาคม	๑.			
พาณิชย์	๑.			
มหาดไทย	๑.			
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยกกระดับเป็นฐานการผลิตเกษตรอินทรีย์และเกษตรปลอดภัย เชื่อมโยงสู่อุตสาหกรรมเกษตรแปรรูปที่สร้างมูลค่าเพิ่มสูง</i>				
เกษตรและสหกรณ์	๑.			
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	๑.			

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
ศึกษาธิการ	๑.			
อุตสาหกรรม	๑. ๒.			
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาคุณภาพชีวิตและแก้ไขปัญหาความยากจน พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ยกกระดับทักษะฝีมือแรงงานภาคบริการ</i>				
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	๑. ๒.			
ศึกษาธิการ	๑.			
สาธารณสุข	๑. ๒.			
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๕ อำนวยความสะดวกและฟื้นฟูภาคต้นน้ำให้คงความสมบูรณ์ จัดระบบบริหารจัดการน้ำอย่างเหมาะสมและเชื่อมโยงพื้นที่เกษตรให้ทั่วถึง ป้องกันและแก้ไขปัญหาหมอกควันอย่างยั่งยืน</i>				
เกษตรและสหกรณ์	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			

** หมายเหตุ ขอให้กระทรวงจัดทำรายงานส่งสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

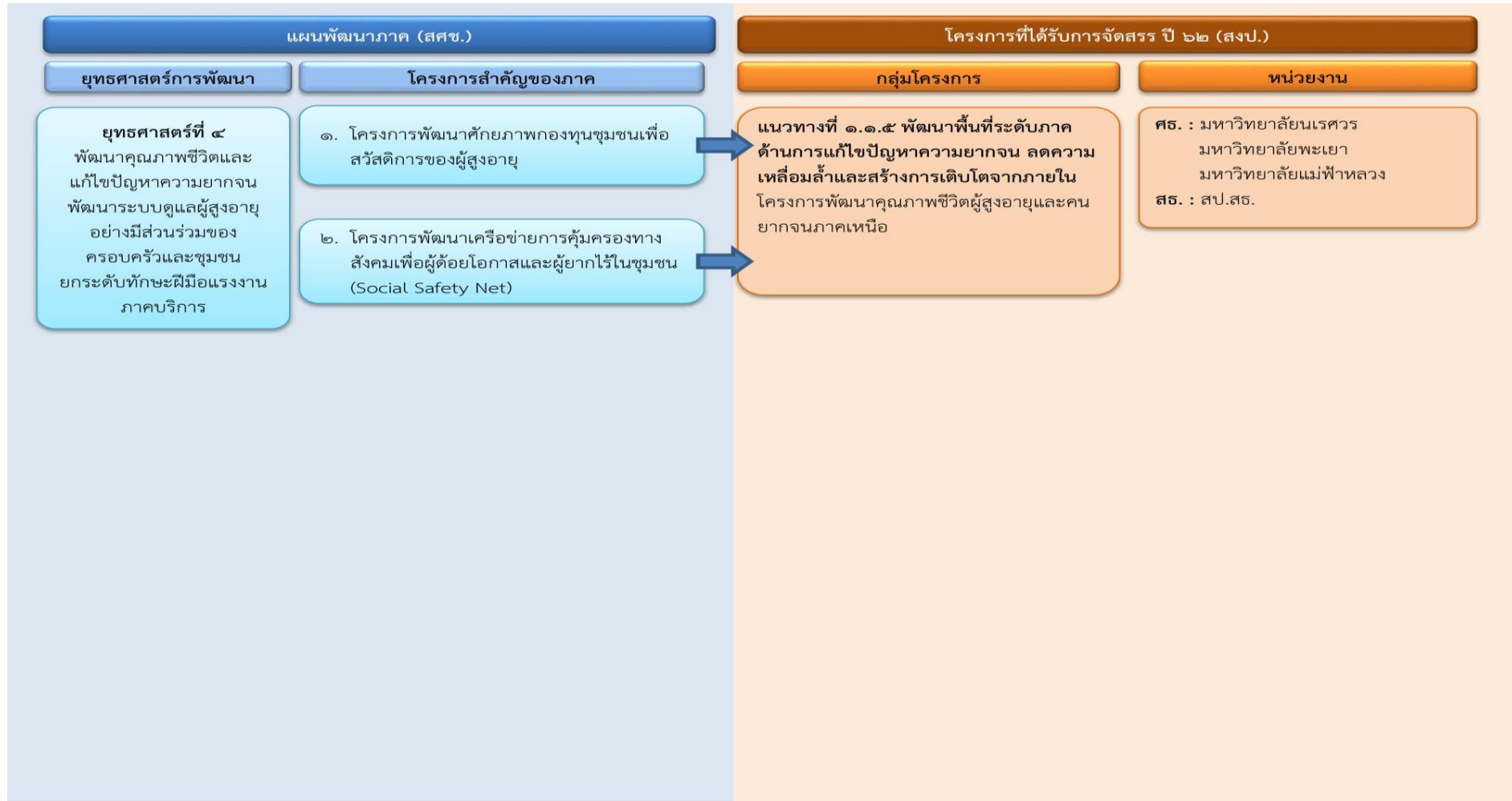
แบบรายงานผลการตรวจติดตามแผนงาน/โครงการตามแผนงานบูรณาการพัฒนาพื้นที่ภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ของผู้ตรวจราชการกระทรวง..... ภาค.....

ยุทธศาสตร์/โครงการ ที่ตรวจติดตาม	รายละเอียดโครงการ	ผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์ ของโครงการ	ผลความก้าวหน้าการ ดำเนินโครงการ (โดยสรุป)	ประเด็นปัญหาที่พบ รายจังหวัด	การแก้ไขปัญหาโดยกลไกการบูรณาการ		ข้อเสนอแนะ	
					แนวทางการแก้ไขปัญหา	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ระดับพื้นที่	ระดับนโยบาย
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ โครงการ.....	วัตถุประสงค์.... เป้าหมาย/ตัวชี้วัด..... แนวทางดำเนินการ..... งบประมาณ.....			ปัญหา..... พื้นที่จังหวัด.....				
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ โครงการ.....	วัตถุประสงค์.... เป้าหมาย/ตัวชี้วัด..... แนวทางดำเนินการ..... งบประมาณ.....							
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ โครงการ.....	วัตถุประสงค์.... เป้าหมาย/ตัวชี้วัด..... แนวทางดำเนินการ..... งบประมาณ.....							
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ โครงการ.....	วัตถุประสงค์.... เป้าหมาย/ตัวชี้วัด..... แนวทางดำเนินการ..... งบประมาณ.....							

หมายเหตุ: ขอความร่วมมือกระทรวงรายงานผลการตรวจติดตามโครงการทุกโครงการในแต่ละยุทธศาสตร์ตามแบบรายงานข้างต้น ส่งสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒

๑. โครงการภาคเหนือ



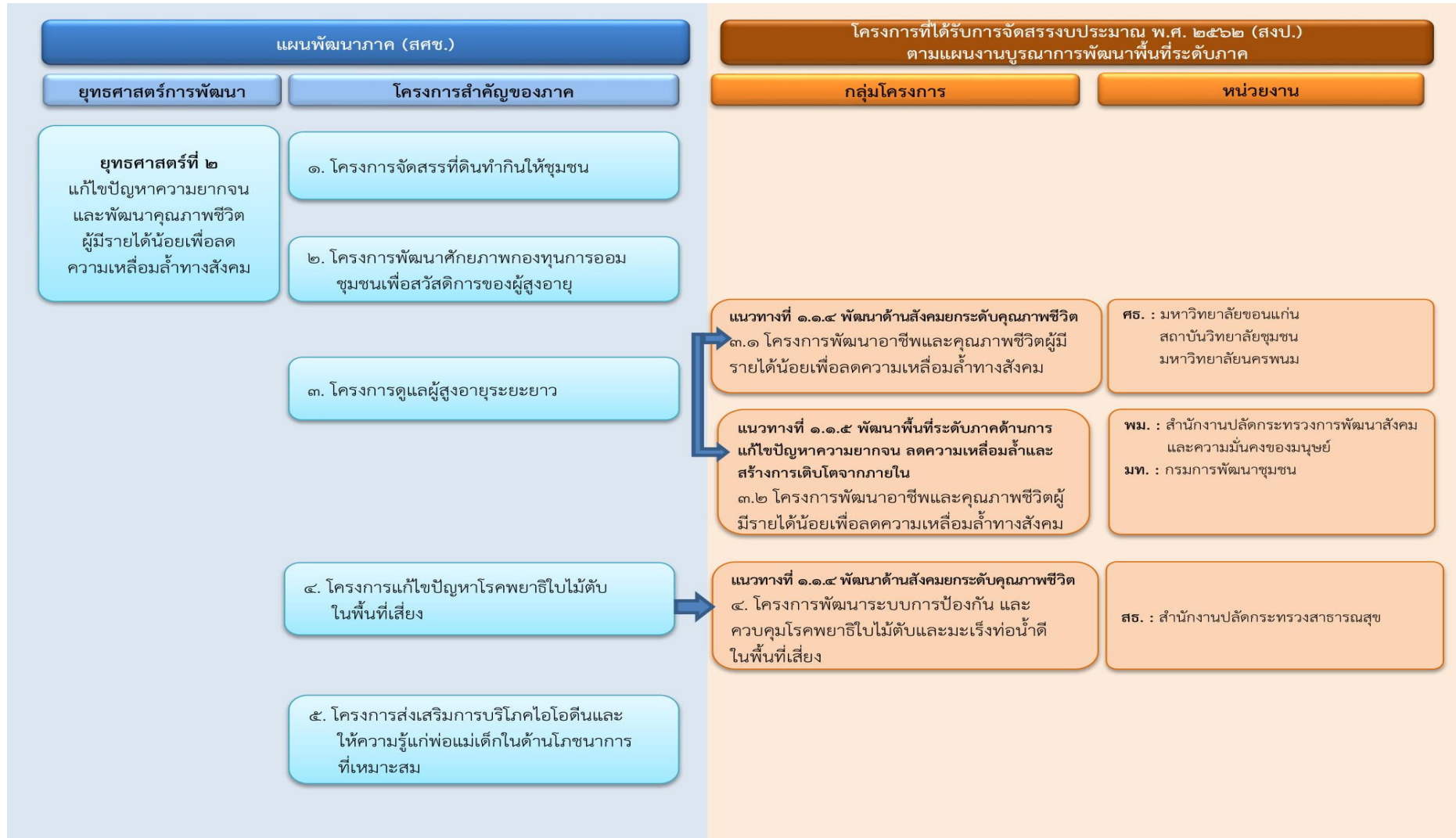
๑. Value Chain ภาคเหนือ

- ๓ -

ยุทธศาสตร์ภาคเหนือ	ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยกระดับเป็นฐานการผลิตเกษตรอินทรีย์และเกษตรปลอดภัย เชื่อมโยงอุตสาหกรรมเกษตรแปรรูปที่สร้างมูลค่าเพิ่มสูง						ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาคุณภาพชีวิตและแก้ไขปัญหาความยากจน พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ยกระดับทักษะฝีมือแรงงานภาคบริการ		
แนวทาง	เพิ่มศักยภาพภาคการเกษตร								
กลุ่มโครงการ	โครงการส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ภาคเหนือ			โครงการส่งเสริมเกษตรปลอดภัยภาคเหนือ			โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจนภาคเหนือ		
ห่วงโซ่คุณค่า Value Chain	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง
ห่วงโซ่คุณค่า Value Chain	เพิ่มศักยภาพการผลิต	ยกระดับคุณภาพผลผลิตและการแปรรูป	ส่งเสริมและพัฒนาด้านการตลาด	เพิ่มศักยภาพการผลิต	ยกระดับคุณภาพผลผลิตและการแปรรูป	ส่งเสริมและพัฒนาด้านการตลาด	พัฒนาระบบการให้บริการ	พัฒนาศักยภาพคน	ยกระดับคุณภาพชีวิต
กลุ่มกิจกรรม	พัฒนาบุคลากรและปัจจัยพื้นฐานด้านการเกษตร	พัฒนาคุณภาพและผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร	ส่งเสริมช่องทางการตลาดและการตรวจสอบคุณภาพสินค้า	พัฒนาบุคลากรและปัจจัยพื้นฐานด้านการเกษตร	พัฒนาคุณภาพและผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร	ส่งเสริมช่องทางการตลาดและการตรวจสอบคุณภาพสินค้า	พัฒนาระบบดูแลและยกระดับการให้บริการ	พัฒนาความรู้และยกระดับทักษะแรงงาน	ยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ/โครงการ	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ๑. กรมพัฒนาที่ดิน - ถ่ายทอดเทคโนโลยีการพัฒนาที่ดินเพื่อขับเคลื่อนกลุ่มเกษตรกรเข้าสู่ระบบเกษตรอินทรีย์ในจังหวัดภาคเหนือ (๔.๐๐ ลบ.) กระทรวงศึกษาธิการ ๑. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา - ส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ (๔.๐๓ ลบ.)			กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ๑. กรมพัฒนาที่ดิน - พัฒนาคุณภาพดินในระบบส่งเสริมการเกษตรแบบแปลงใหญ่ ในจังหวัดภาคเหนือ (๒๒.๖๖ ลบ.)	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ๑. กรมปศุสัตว์ - เพิ่มศักยภาพภาคการเกษตรภาคเหนือ (๖.๘๔ ลบ.) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี - พัฒนาคุณภาพและผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร (๒.๙๕ ลบ.) กระทรวงอุตสาหกรรม ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม - ยกระดับคุณภาพการผลิตอุตสาหกรรมอาหารและเกษตรแปรรูป (๓.๙๖ ลบ.) ๒. กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม - เสริมสร้างนวัตกรรมการผลิต	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ๑. กรมปศุสัตว์ - เพิ่มศักยภาพภาคการเกษตรภาคเหนือ (๖.๘๔ ลบ.) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี - พัฒนาคุณภาพและผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร (๒.๙๕ ลบ.) กระทรวงอุตสาหกรรม ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม - ยกระดับคุณภาพการผลิตอุตสาหกรรมอาหารและเกษตรแปรรูป (๓.๙๖ ลบ.) ๒. กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม - เสริมสร้างนวัตกรรมการผลิต	กระทรวงศึกษาธิการ ๑. มหาวิทยาลัยนเรศวร - พัฒนาระบบฟื้นฟูสุขภาพและครอบครัวเพื่อคุณภาพชีวิตและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (๘๐.๐๐ ลบ.) ๒. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง - จัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพแบบครบวงจรแห่งภาคเหนือและอนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง (๑๑๒.๖๒ ลบ.) ๓. มหาวิทยาลัยพะเยา - พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจน (๙๐.๒๙ ลบ.) กระทรวงสาธารณสุข ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจนภาคเหนือ (๑๔.๖๗ ลบ.) กระทรวงศึกษาธิการ ๑. มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง - พัฒนาศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (๑๒.๕๕ ลบ.)	

งบประมาณ	๑๐.๐๐ ลป.	๒๐.๗๒๗๕ ลป.	๑๘๒.๑๔๙๘ ลป.	๑๐.๔๔๑๒ ลป.	(๑๑๙.๘๖๑๗ ลป.)
สถานที่ดำเนินการ	เขต ๑๐ จังหวัดหนองบัวลำภู และอุดรธานี เขต ๑๑ จังหวัดนครพนม มุกดาหาร และสกลนคร เขต ๑๒ จังหวัดกาฬสินธุ์ และมหาสารคาม เขต ๑๓ จังหวัดบุรีรัมย์ เขต ๑๔ จังหวัดยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี		เขต ๑๐ จังหวัดหนองบัวลำภู และอุดรธานี เขต ๑๑ จังหวัดนครพนม และสกลนคร เขต ๑๒ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด เขต ๑๔ จังหวัดยโสธร และอำนาจเจริญ		เขต ๑๐ จังหวัดบึงกาฬ เลย หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี เขต ๑๑ จังหวัดนครพนม มุกดาหาร และสกลนคร เขต ๑๒ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด เขต ๑๓ จังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และสุรินทร์ เขต ๑๔ จังหวัดยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี

๒. โครงการภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

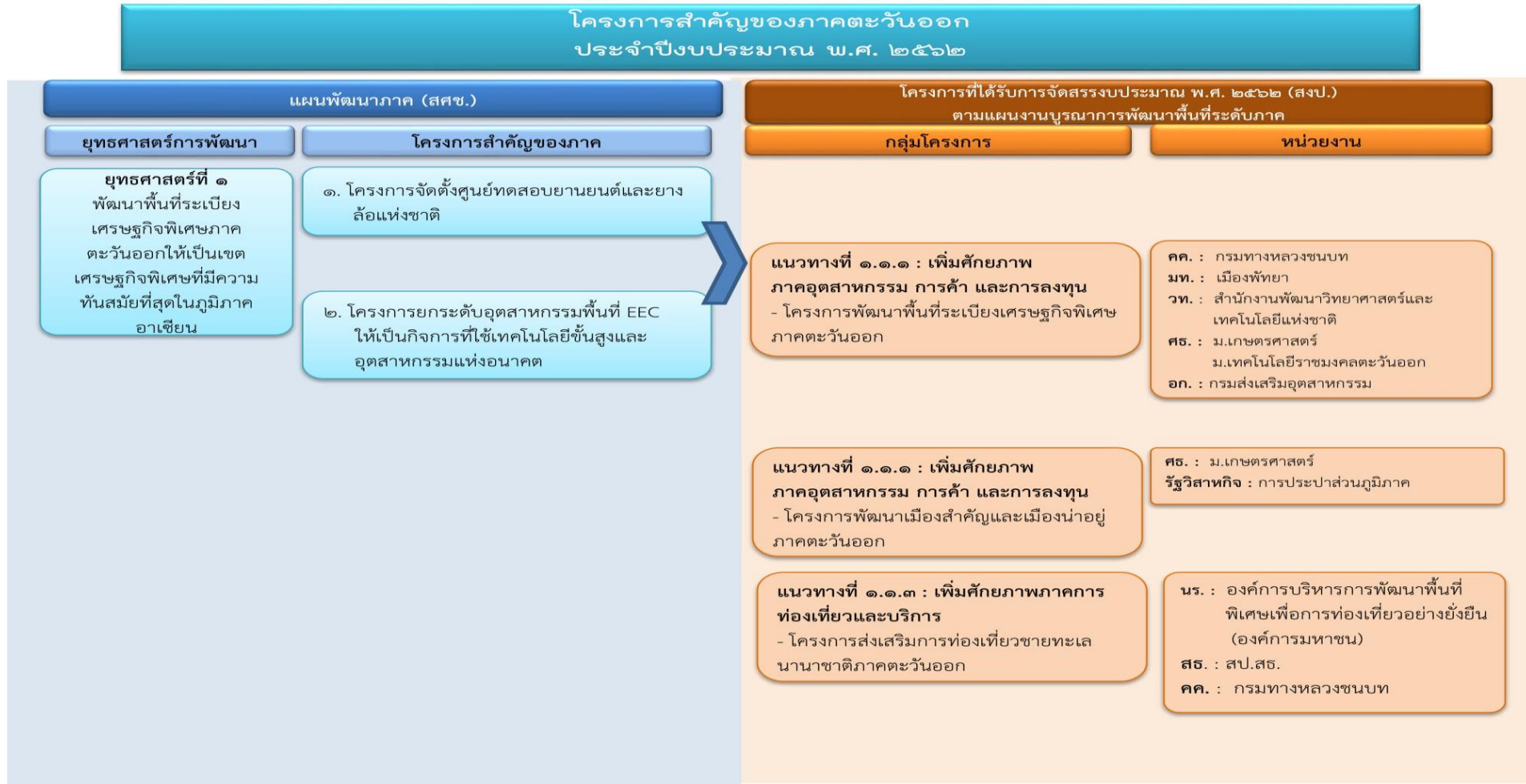


๒. Value Chain ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- ๒ -

ยุทธศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ยุทธศาสตร์ที่ ๒ แก้ไขปัญหาความยากจนและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้มีรายได้น้อยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม									
แนวทาง	พัฒนาด้านสังคมยกระดับคุณภาพชีวิต						พัฒนาพื้นที่ระดับภาคด้านการแก้ไขปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างการเติบโตจากภายใน			
กลุ่มโครงการ	โครงการพัฒนาอาชีพและคุณภาพชีวิตผู้มีรายได้น้อยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม			โครงการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง			โครงการพัฒนาอาชีพและคุณภาพชีวิตผู้มีรายได้น้อยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม			
ห่วงโซ่คุณค่า Value Chain	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง	
กลุ่มกิจกรรม	พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้มีรายได้น้อย	ส่งเสริมความรู้และอาชีพ		สร้างเครือข่ายโรงพยาบาลในการคัดกรอง เฝ้าระวัง วินิจฉัย และรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี			เพิ่มสวัสดิการทางด้านสังคมให้กับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ	ส่งเสริมความรู้และอาชีพ	ส่งเสริมการมีอาชีพ	
หน่วยงานที่รับผิดชอบ/โครงการ	กระทรวงศึกษาธิการ ๑. มหาวิทยาลัยขอนแก่น - ดำเนินการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้เกษตรกร (๑๐.๐๐ ลบ.)	กระทรวงศึกษาธิการ ๑. สถาบันวิทยาลัยชุมชน - การพัฒนาอาชีพและคุณภาพชีวิตผู้มีรายได้น้อยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม (๓.๐๐ ลบ.) ๒. มหาวิทยาลัยนครพนม - การพัฒนาพื้นที่ระดับภาคด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย ๓. มหาวิทยาลัยขอนแก่น - ดำเนินงานโครงการตามปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง (๗.๕๒๗๕ ลบ.)		กระทรวงสาธารณสุข ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - การพัฒนาอาชีพและคุณภาพชีวิตผู้มีรายได้น้อยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม (๑๘๒.๑๔๙๘ ลบ.)			กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - พัฒนาคุณภาพชีวิตและจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส (๑๐.๔๔๑๒ ลบ.)	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - การดำเนินงานรายการสร้างอาชีพผู้มีรายได้น้อยและยากจนตามวิถีความพอเพียง (๑๕.๔๙๔๔ ลบ.) - การดำเนินงานรายการนวัตกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาและวัฒนธรรมสู่การสร้างรายได้ของผู้สูงอายุ (๑๔.๑๖๖๘ ลบ.) กระทรวงมหาดไทย ๑. กรมการพัฒนาชุมชน - กองทุนชุมชนหนุนเสริมอาชีพผู้มีรายได้น้อยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)		

๓. โครงการภาคตะวันออก

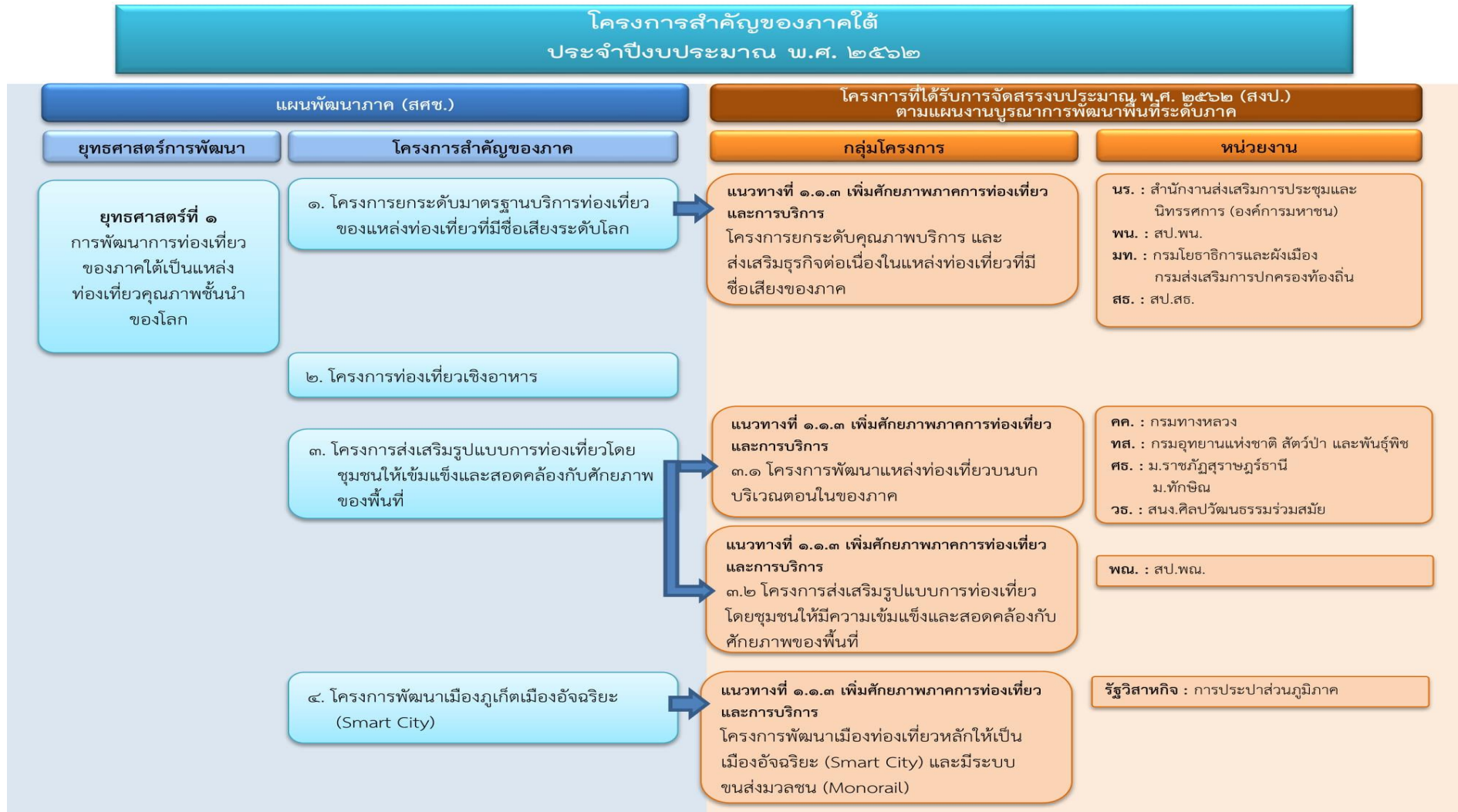


๓. Value Chain ภาคตะวันออก

แผนงานบูรณาการพัฒนาพื้นที่ระดับภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
ภาคตะวันออก จำนวน ๒,๕๙๓.๓๒๕๕ ล้านบาท

ยุทธศาสตร์ภาคตะวันออก	ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกให้เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีความทันสมัยที่สุดในภูมิภาคอาเซียน									
แนวทาง	เพิ่มศักยภาพภาคอุตสาหกรรม การค้า และการลงทุน						เพิ่มศักยภาพภาคการท่องเที่ยวและบริการ			
กลุ่มโครงการ	โครงการพัฒนาพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก			โครงการพัฒนาเมืองสำคัญและเมืองนำอยู่ภาคตะวันออก			โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก			
ห่วงโซ่คุณค่า Value Chain	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง	
ห่วงโซ่คุณค่า Value Chain	ด้านการผลิต	การสร้างมูลค่าเพิ่มและนวัตกรรม		การจัดจำหน่ายและการตลาด	พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน	ยกระดับการให้บริการและนวัตกรรม	ส่งเสริมการตลาด	พัฒนาแหล่งท่องเที่ยว	พัฒนารูปแบบ นวัตกรรมสินค้าและบริการด้านการท่องเที่ยว	ส่งเสริมการตลาดด้านกรท่องเที่ยว
กลุ่มกิจกรรม	พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก	สร้างมูลค่าเพิ่มพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก	ส่งเสริมการตลาดพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก	พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเมืองสำคัญและเมืองนำอยู่ภาคตะวันออก	ยกระดับเมืองสำคัญและเมืองนำอยู่ภาคตะวันออก	ส่งเสริมการตลาดเมืองสำคัญและเมืองนำอยู่ภาคตะวันออก	พัฒนาการท่องเที่ยวชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก	สร้างมูลค่าเพิ่มและนวัตกรรมการท่องเที่ยวชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก	ส่งเสริมการตลาดการท่องเที่ยวชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก	
หน่วยงานที่รับผิดชอบ/โครงการ	กระทรวงคมนาคม ๑. กรมทางหลวงชนบท - พัฒนาเส้นทางสนับสนุนพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (๑๑๒ ลบ.) กระทรวงมหาดไทย ๑. เมืองพัทยา - พัฒนาแหล่งท่องเที่ยว (๗๔.๙ ลบ.) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ๑. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ - พัฒนาเมืองนวัตกรรมภาคตะวันออก (EECI) (๓๕๔.๓๙๘๘ ลบ.) กระทรวงศึกษาธิการ ๑. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พัฒนาระบบสร้างเสริมขีดความสามารถของอุตสาหกรรมเพื่อ	กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ๑. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ - พัฒนาระบบเกษตรอัจฉริยะ (Smart Agriculture) (๔๐ ลบ.) กระทรวงอุตสาหกรรม ๑. กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม - ยกระดับอุตสาหกรรมชิ้นส่วนยานยนต์ภาคตะวันออก (๑๓.๐๒๘ ลบ.) - ยกระดับอุตสาหกรรมเกษตรแปรรูปภาคตะวันออก (๑๔ ลบ.)		กระทรวงศึกษาธิการและเทคโนโลยี ๑. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ - พัฒนากระบวนการเตรียมวัตถุดิบ สำหรับอุตสาหกรรมแปรรูปผักและผลไม้ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมด้วยเทคโนโลยีสะอาด (๘.๒๓๘ ลบ.) รัฐวิสาหกิจ ๑. การประปาสวนภูมิภาค - ค่าวางท่อขยายเขตจำหน่ายน้ำ (ภาคตะวันออก) (๒๐๙.๘๖ ลบ.)				สำนักนายกรัฐมนตรี ๑. องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน) (๒๕.๖๘๙๐ ลบ.) - พัฒนาแหล่งท่องเที่ยวภาคตะวันออกสู่ความยั่งยืนตามเกณฑ์การท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนโลก (GSTC) (๕.๙๗๖ ลบ.) - ส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนในภาคตะวันออก เพื่อรองรับการท่องเที่ยวของคนทั้งมวล (Tourism for All) (๗.๘๖ ลบ.) - สร้างและพัฒนากลยุทธ์ความหมายในพื้นที่ท่องเที่ยวภาคตะวันออกเพื่อยกระดับมาตรฐานการให้บริการด้านการท่องเที่ยวสู่ระดับสากล	กระทรวงคมนาคม ๑. กรมทางหลวงชนบท - พัฒนาเส้นทางส่งเสริมการท่องเที่ยวชายทะเล (๗๒ ลบ.)	

๔. โครงการภาคใต้

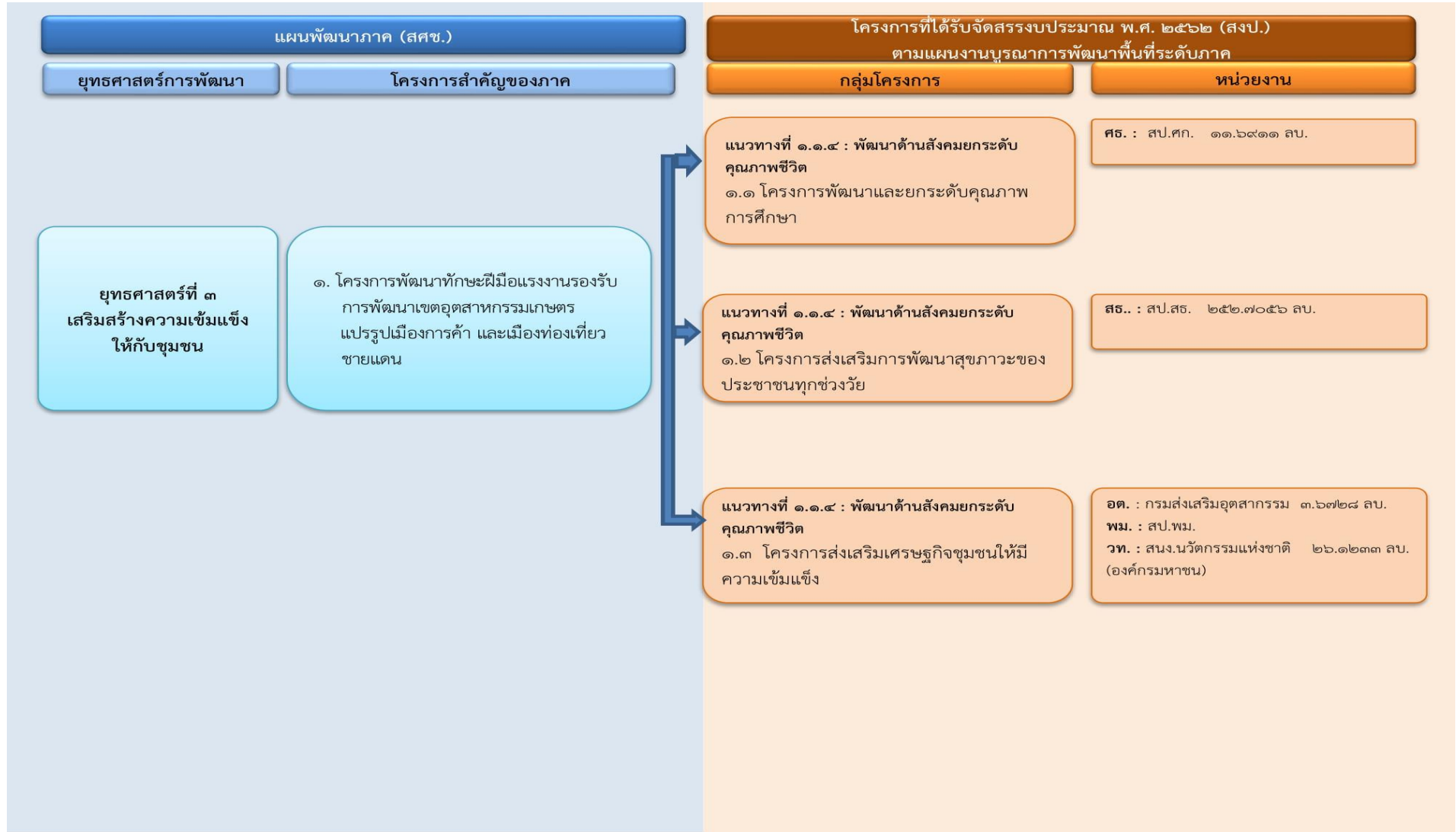


๔. Value Chain ภาคใต้

แผนงานบูรณาการพัฒนาระดับภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
ภาคใต้ จำนวน ๓,๑๐๘.๖๒๔๔ ล้านบาท

ยุทธศาสตร์ภาคใต้	ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาการท่องเที่ยวของภาคใต้เป็นแหล่งท่องเที่ยวคุณภาพชั้นนำของโลก							
แนวทาง	๑.๑.๓ เพิ่มศักยภาพภาคการท่องเที่ยวและบริการ							
กลุ่มโครงการ	โครงการยกระดับคุณภาพบริการ และส่งเสริมธุรกิจต่อเนื่องในแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของภาค				โครงการพัฒนาเมืองท่องเที่ยวหลักให้เป็นเมืองอัจฉริยะ (Smart City) และมีระบบขนส่งมวลชน (Monorail)			
ห่วงโซ่คุณค่า Value Chain	ต้นทาง	กลางทาง		ปลายทาง	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง	
	พัฒนาแหล่งท่องเที่ยว	พัฒนารูปแบบ นวัตกรรม สินค้าและบริการด้านการท่องเที่ยว		ส่งเสริมการตลาดด้านการท่องเที่ยว	พัฒนาแหล่งท่องเที่ยว	พัฒนารูปแบบ นวัตกรรม สินค้าและบริการด้านการท่องเที่ยว	ส่งเสริมการตลาดด้านการท่องเที่ยว	
กลุ่มกิจกรรม	พัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอและมีมาตรฐาน	ยกระดับมาตรฐานการให้บริการของผู้ประกอบการและสนับสนุนธุรกิจบริการด้านการแพทย์	พัฒนาระบบป้องกันและรักษาความปลอดภัยนักท่องเที่ยว	เพิ่มศักยภาพช่องทางการตลาดเพื่อการท่องเที่ยว	พัฒนาระบบสาธารณูปโภคโครงสร้างพื้นฐานและระบบด้านความปลอดภัย	พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบกำจัดขยะและน้ำเสีย	ส่งเสริมและพัฒนา Start up ด้านดิจิทัล	
หน่วยงานที่รับผิดชอบ/โครงการ	สำนักนายกรัฐมนตรี ๑. สำนักงานส่งเสริมการประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน) - จัดเก็บข้อมูลด้านไมซ์ของจังหวัดภูเก็ต (๑๘.๐๐ ลบ.) กระทรวงพลังงาน ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงพลังงาน - ยกระดับคุณภาพบริการ และส่งเสริมธุรกิจต่อเนื่องในแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของภาค (๒๒.๐๐ ลบ.) กระทรวงมหาดไทย ๑. กรมโยธาธิการและผังเมือง - ยกระดับคุณภาพบริการและส่งเสริมธุรกิจต่อเนื่อง ในแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของภาค (๑๒.๐๐ ลบ.) ๒. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น - พัฒนาปรับปรุง บูรณะแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของภาค (๑๗๘.๒๙ ลบ.)	กระทรวงสาธารณสุข ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - ศูนย์ทันตกรรม (๒.๗๖ ลบ.) - พัฒนาศูนย์การแพทย์นานาชาติ (๖.๐๐ ลบ.) - พัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร (๑๑.๐๐๕ ลบ.)	กระทรวงสาธารณสุข ๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เวชศาสตร์ใต้น้ำ (๑๘.๐๔๕ ลบ.)		รัฐวิสาหกิจ ๑. การประปาสถาบันภูมิภาค - ค่าก่อสร้างปรับปรุงเส้นท่อ (ภาคใต้) (๘๐.๒๓๕๔ ลบ.) - ค่าปรับปรุงเส้นท่อ (ภาคใต้) (๔๑.๗๗๓ ลบ.) - ค่าวางท่อขยายเขตจำหน่ายน้ำ (ภาคใต้) (๔๔.๔๘๘๕ ลบ.)			
งบประมาณ	๒๓๐.๒๙๐๐ ลบ.	๑๙.๗๖๕๐ ลบ.	๑๘.๐๔๕๐ ลบ.		๑๖๖.๔๙๗๙ ลบ.			
สถานที่ดำเนินการ	จังหวัดชุมพร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดพังงา จังหวัดภูเก็ต จังหวัดกระบี่ จังหวัดตรัง จังหวัดสตูล				จังหวัดภูเก็ต			

๕. โครงการภาคใต้ชายแดน



๕. Value Chain ภาคใต้ชายแดน

- ๕ -

แผนงานบูรณาการพัฒนาพื้นที่ระดับภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
ภาคใต้ชายแดน จำนวน ๙๐๘.๒๒๕๖ ล้านบาท

ยุทธศาสตร์ภาคใต้ชายแดน	ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน								
แนวทาง	๑.๑.๔ พัฒนาด้านสังคมยกระดับคุณภาพชีวิต								
กลุ่มโครงการ	โครงการพัฒนาและยกระดับคุณภาพการศึกษา			โครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย			โครงการส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนให้มีความเข้มแข็ง		
ห่วงโซ่คุณค่า Value Chain	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง
กิจกรรม	พัฒนาระบบการให้บริการ	พัฒนาศักยภาพคน	ยกระดับคุณภาพชีวิต	พัฒนาระบบการให้บริการ	พัฒนาศักยภาพคน	ยกระดับคุณภาพชีวิต	พัฒนาระบบการให้บริการ	พัฒนาศักยภาพคน	ยกระดับคุณภาพชีวิต
หน่วยงานที่รับผิดชอบ/โครงการ	พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการศึกษา	พัฒนาศักยภาพบุคลากร	ยกระดับคุณภาพการศึกษา	พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสังคม	พัฒนาคุณภาพชีวิต	ขับเคลื่อนพัฒนาในระดับพื้นที่	พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเศรษฐกิจ	พัฒนาศักยภาพเศรษฐกิจ	ส่งเสริมการตลาด
หน่วยงานที่รับผิดชอบ/โครงการ			กระทรวงศึกษาธิการ ๑.สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ -การพัฒนาและยกระดับคุณภาพการศึกษา		กระทรวงสาธารณสุข ๑.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข -พัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยของภาคใต้ชายแดน -พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อภาคใต้ชายแดน -พัฒนาการบริการที่เป็นเลิศทางการแพทย์ภาคใต้ชายแดน		กระทรวงอุตสาหกรรม ๑.กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม -พัฒนาอุตสาหกรรมเพื่อการสร้างงานที่ยั่งยืนในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๑.สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ -พัฒนาศักยภาพคน	
งบประมาณ			๑๑.๖๙๑๑ ล้านบาท		๒๕๒.๗๐๕๖ ล้านบาท		๓.๖๗๒๘ ล้านบาท	๒๖.๑๒๓๓ ล้านบาท	
สถานที่ดำเนินการ	เขต ๘ จังหวัดปัตตานี จังหวัดนราธิวาส จังหวัดยะลา			เขต ๘ จังหวัดปัตตานี จังหวัดนราธิวาส จังหวัดยะลา			เขต ๘ จังหวัดปัตตานี จังหวัดนราธิวาส จังหวัดยะลา		

กรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ของกระทรวงสาธารณสุข

ภาค	แผนพัฒนาภาค (สศช.)		โครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (สงป.) ตามแผนงานบูรณาการพัฒาพื้นที่ระดับภาค	
	ยุทธศาสตร์การพัฒนา	โครงการสำคัญของภาค	กลุ่มโครงการ	หน่วยงาน
๑.เหนือ	ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาคุณภาพชีวิตและ แก้ไขปัญหาความยากจน พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชน ยกระดับทักษะฝีมือแรงงาน ภาคบริการ	๑. โครงการพัฒนาศักยภาพกองทุน ชุมชนเพื่อสวัสดิการของผู้สูงอายุ	แนวทางที่ ๑.๑.๕ พัฒนาพื้นที่ ระดับภาคด้านการแก้ไขปัญหา ความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างการเติบโตจากภายใน - โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุและคนยากจนภาคเหนือ	ศธ : มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยพะเยา มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สธ : สป. สธ. ๑) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป. ๒) กองบริหารการสาธารณสุข สป. ๓) สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ๔) สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
		๒. โครงการพัฒนาเครือข่ายการ คุ้มครองทางสังคมเพื่อผู้ด้อยโอกาส และผู้ยากไร้ในชุมชน (Social Safety Net)		

ภาค	แผนพัฒนาภาค (สชข.)		โครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (สงป.) ตามแผนงานบูรณาการการพัฒนาพื้นที่ระดับภาค	
	ยุทธศาสตร์การพัฒนา	โครงการสำคัญของภาค	กลุ่มโครงการ	หน่วยงาน
๒. ตะวันออก เฉิงเหนือ	ยุทธศาสตร์ที่ ๒ แก้ไขปัญหาความยากจน และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้มี รายได้น้อยเพื่อลดความ เหลื่อมล้ำทางสังคม	๑. โครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิ ใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง	แนวทางที่ ๑.๑.๔ พัฒนาด้านสังคม ยกระดับคุณภาพชีวิต - โครงการพัฒนาระบบการ ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง	สร : สป.สร. ๑. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
		๒. โครงการส่งเสริมการบริโภค ไอโอดีนและให้ความรู้แก่พ่อแม่เด็ก ในด้านโภชนาการที่เหมาะสม	-	สร : สป.สร. ๑. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
		๓. โครงการเมืองสมุนไพร ภาคตะวันออกเฉิงเหนือ	-	สร : สป.สร. ๑. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๓. ตะวันออก	ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาพื้นที่ระเบียง เศรษฐกิจพิเศษภาค ตะวันออกให้เป็นเขต เศรษฐกิจพิเศษที่มีความ ทันสมัยที่สุดในภูมิภาค อาเซียน		แนวทางที่ ๑.๑.๓ เพิ่มศักยภาพ ภาคการท่องเที่ยวและบริการ - โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยว ชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก	นร : องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการ ท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน) สร : สป.สร. ๑. สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ ๒. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป. ๓. กองบริหารการสาธารณสุข สป. คค : กรมทางหลวงชนบท

ภาค	แผนพัฒนาภาค (สชข.)		โครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (สงป.) ตามแผนงานบูรณาการพัฒนาด้านพื้นที่ระดับภาค	
	ยุทธศาสตร์การพัฒนา	โครงการสำคัญของภาค	กลุ่มโครงการ	หน่วยงาน
		โครงการเมืองสมุนไพร ภาคตะวันออก	-	สธ : สป.สธ. ๑. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๔.ภาคใต้	ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาการท่องเที่ยวของ ภาคใต้เป็นแหล่งท่องเที่ยว คุณภาพชั้นนำของโลก	๑. โครงการยกระดับมาตรฐาน บริการท่องเที่ยวของแหล่ง ท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงระดับโลก	แนวทางที่ ๑.๑.๓ เพิ่มศักยภาพ ภาคการท่องเที่ยวและบริการ - โครงการยกระดับคุณภาพ บริการ และส่งเสริมธุรกิจต่อเนื่อง ในแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียง ของภาค	นร : สำนักงานส่งเสริมการประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน) พน : สป. พน. มท : กรมโยธาธิการและผังเมือง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สธ : สป.สธ. ๑. สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑ ๒. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป. ๓. กองบริหารการสาธารณสุข สป.
		โครงการเมืองสมุนไพรภาคใต้	-	สธ : สป.สธ. ๑. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๕.ภาคใต้ ชายแดน	ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เสริมสร้างความเข้มแข็ง ให้กับชุมชน	๑. โครงการพัฒนาทักษะฝีมือ แรงงานรองรับการพัฒนาเขต อุตสาหกรรมเกษตรแปรรูปเมือง การค้า และเมืองท่องเที่ยวชายแดน	แนวทางที่ ๑.๑.๔ : พัฒนาด้าน สังคมยกระดับคุณภาพชีวิต ๑.๑ โครงการพัฒนาและยกระดับ คุณภาพการศึกษา	ศธ : สป.ศธ. ๑๑.๖๙๑๑ สป

ภาค	แผนพัฒนาภาค (สศช.)		โครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ. พ.ศ. ๒๕๖๒ (สงป.) ตามแผนงานบูรณาการพัฒนาด้านที่ระดับภาค	
	ยุทธศาสตร์การพัฒนา	โครงการสำคัญของภาค	กลุ่มโครงการ	หน่วยงาน
				๑.๒ โครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย ๑.๓ โครงการส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนให้มีความเข้มแข็ง
กลาง	-	โครงการเมืองสมุนไพรภาคกลาง	-	สร : สป.สร. ๑. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

**แบบรายงานข้อมูลโครงการ/กิจกรรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข
ในแต่ละยุทธศาสตร์ตามแผนงานบูรณาการพัฒนาพื้นที่ภาค (ภาคเหนือ)**

ข้อมูล ณ วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ (๑๘ เขต สำนักนายกรัฐมนตรี)

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาการท่องเที่ยวและธุรกิจบริการต่อเนื่องให้มีคุณภาพ สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มอย่างยั่งยืน และกระจายประโยชน์อย่างทั่วถึง รวมทั้งต่อยอดการผลิตสินค้าและบริการที่มีศักยภาพสูงด้วยภูมิปัญญาและนวัตกรรม</i>				
คมนาคม	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑.			
มหาดไทย	๑.			
วัฒนธรรม	๑.			
อุตสาหกรรม	๑.			
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ใช้โอกาสจากเขตเศรษฐกิจพิเศษ และการเชื่อมโยงกับอนุภูมิภาค GMS BIMSTEC และ AEC เพื่อขยายฐานเศรษฐกิจของภาค</i>				
คมนาคม	๑.			
พาณิชย์	๑.			
มหาดไทย	๑.			
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยกกระดับเป็นฐานการผลิตเกษตรอินทรีย์และเกษตรปลอดภัย เชื่อมโยงสู่อุตสาหกรรมเกษตรแปรรูปที่สร้างมูลค่าเพิ่มสูง</i>				
เกษตรและสหกรณ์	๑.			
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			
อุตสาหกรรม	๑.			

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาคุณภาพชีวิตและแก้ไขปัญหาความยากจน พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ยกกระดับทักษะฝีมือแรงงานภาคบริการ				
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			
สาธารณสุข	แนวทาง : พัฒนาพื้นที่ระดับภาคด้านการแก้ไขปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างการเติบโตจากภายใน กลุ่มโครงการ : โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจนภาคเหนือ ต้นทาง : พัฒนาระบบการให้บริการ กิจกรรม : พัฒนาระบบดูแลและยกระดับการให้บริการ - ภาคเหนือเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบครบวงจรสู่คุณภาพชีวิตที่ดี	๓๔.๒๖ ลบ.	๗๖ จังหวัด	
	แนวทาง : โครงการพัฒนาพิเศษขนาดใหญ่ กลุ่มโครงการ : โครงการเมืองสมุนไพรภาคเหนือ ต้นทาง : ปัจจัยการผลิตพื้นฐาน กิจกรรม : ส่งเสริมผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีศักยภาพตามความต้องการของตลาด ในและต่างประเทศ - เมืองสมุนไพรอินทรีย์ สมุนไพรคุณภาพครบวงจรได้รับการพัฒนาและ ยกระดับมาตรฐานเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑	-	เขต ๑๖ เชียงราย เขต ๑๗ พิษณุโลก เขต ๑๘ อุทัยธานี	
ยุทธศาสตร์ที่ ๕ อนุรักษ์และฟื้นฟูป่าต้นน้ำให้คงความสมบูรณ์ จัดระบบบริหารจัดการน้ำอย่างเหมาะสมและเชื่อมโยงพื้นที่เกษตรให้ทั่วถึง ป้องกันและแก้ไขปัญหาหมอกควันอย่างยั่งยืน				
เกษตรและสหกรณ์	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			

**** หมายเหตุ** ขอให้กระทรวงจัดทำรายงานส่งสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

แบบรายงานข้อมูลโครงการ/กิจกรรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข
ในแต่ละยุทธศาสตร์ตามแผนงานบูรณาการการพัฒนาพื้นที่ภาค (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ข้อมูล ณ วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ (๑๘ เขต สำนักนายกรัฐมนตรื)

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๑</i> บริหารจัดการน้ำให้เพียงพอต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน				
เกษตรและสหกรณ์	๑.			
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๒</i> แก้ไขปัญหาความยากจนและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้มีรายได้น้อยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม				
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	๑.			
มหาดไทย	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			
สาธารณสุข	<p>แนวทาง : พัฒนาด้านสังคมยกระดับคุณภาพชีวิต</p> <p>กลุ่มโครงการ : โครงการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง</p> <p>ต้นทาง : พัฒนาระบบการให้บริการ</p> <p>กิจกรรม : สร้างเครือข่ายโรงพยาบาลในการคัดกรองเฝ้าระวังวินิจฉัย และรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>- การพัฒนาอาชีพและคุณภาพชีวิตผู้มีรายได้น้อย เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม</p>	๑๘๒.๑๔๙๘ บล.	เขต ๑๐ นongบัวลำภู และอุดรธานี เขต ๑๑ นครพนม และสกลนคร เขต ๑๒ กาฬสินธุ์ ขอนแก่นมหาสารคาม และร้อยเอ็ด เขต ๑๔ จังหวัดยโสธร และอำนาจเจริญ	
	๒. โครงการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนและให้ความรู้แก่พ่อแม่เด็กในด้านโภชนาการที่เหมาะสม	-	๗๖ จังหวัด และ กทม.	

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
	แนวทาง : โครงการพัฒนาพิเศษขนาดใหญ่ กลุ่มโครงการ : โครงการเมืองสมุนไพรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต้นน้ำ : ส่งเสริมผลผลิตของเมืองสมุนไพรที่มีศักยภาพ กลางน้ำ : สร้างมูลค่าเพิ่มและการแปรรูปยาสมุนไพร ปลายน้ำ : ส่งเสริมช่องทางการจัดจำหน่าย	-	เขต ๑๐ อุดรธานี เขต ๑๒ มหาสารคาม เขต ๑๓ สุรินทร์ เขต ๑๔ อำนาจเจริญ	
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๓ สร้างความเข้มแข็งของฐานเศรษฐกิจภายในควบคู่กับการแก้ไขปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม</i>				
คมนาคม	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑.			
พาณิชย์	๑.			
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			
อุตสาหกรรม	๑.			
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงบูรณาการ</i>				
คมนาคม	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑.			
มหาดไทย	๑.			
วัฒนธรรม	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			
อุตสาหกรรม	๑.			

**** หมายเหตุ** ขอให้กระทรวงจัดทำรายงานส่งสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

แบบรายงานข้อมูลโครงการ/กิจกรรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข
ในแต่ละยุทธศาสตร์ตามแผนงานบูรณาการพัฒนาพื้นที่ภาค (ภาคตะวันออก)

ข้อมูล ณ วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ (๑๘ เขต สำนักนายกรัฐมนตรี)

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๑</u> พัฒนาพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกให้เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีความทันสมัยที่สุดในภูมิภาคอาเซียน				
คมนาคม	๑.			
มหาดไทย	๑.			
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			
อุตสาหกรรม	๑.			
สาธารณสุข	<p><u>แนวทาง</u> : เพิ่มศักยภาพภาคการท่องเที่ยวและบริการ</p> <p><u>กลุ่มโครงการ</u> : โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวชายทะเล นานาชาติภาคตะวันออก</p> <p><u>กลางทาง</u> : พัฒนารูปแบบ นวัตกรรมสินค้าและบริการ ด้านการท่องเที่ยว</p> <p><u>กิจกรรม</u> : สร้างมูลค่าเพิ่มและนวัตกรรมการท่องเที่ยว ชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก</p> <p>- พัฒนาศักยภาพการให้บริการด้านอาชีพเวช- ศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมภาคตะวันออกเพื่อ ตอบสนองนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจภาคตะวันออก</p>	๑.๐๙๘ ลบ.	เขต ๘ ชลบุรี	
	<p><u>แนวทาง</u> : โครงการพัฒนาพิเศษขนาดใหญ่</p> <p><u>กลุ่มโครงการ</u> : โครงการเมืองสมุนไพรภาคตะวันออก</p>	-	เขต ๙ จันทบุรี และ ปราจีนบุรี	

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
	ต้นทาง : ยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุข กิจกรรม : เมืองสมุนไพรภูมิภาคตะวันออก		เขต ๑๑ สกลนคร	
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาภาคตะวันออกให้เป็นแหล่งผลิตอาหารที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสากล</i>				
เกษตรและสหกรณ์	๑.			
พาณิชย์	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			
อุตสาหกรรม	๑.			
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ปรับปรุงมาตรฐานสินค้าและธุรกิจบริการด้านการท่องเที่ยว</i>				
คมนาคม	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑.			
พาณิชย์	๑.			
มหาดไทย	๑.			
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจชายแดนให้เป็นประตูเศรษฐกิจเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้านให้เจริญเติบโตอย่างยั่งยืน</i>				
คมนาคม	๑.			
พาณิชย์	๑.			
<i>ยุทธศาสตร์ที่ ๕ แก้ไขปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและจัดระบบการบริหารจัดการมลพิษ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น</i>				
เกษตรและสหกรณ์	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑.			
มหาดไทย	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			

**** หมายเหตุ** ขอให้กระทรวงจัดทำรายงานส่งสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

**แบบรายงานข้อมูลโครงการ/กิจกรรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข
ในแต่ละยุทธศาสตร์ตามแผนงานบูรณาการพัฒนาพื้นที่ภาค (ภาคใต้)**

ข้อมูล ณ วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ (๑๘ เขต สำนักนายกรัฐมนตรี)

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๑</u> การพัฒนาการท่องเที่ยวของภาคใต้เป็นแหล่งท่องเที่ยวคุณภาพชั้นนำของโลก				
คมนาคม	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑.			
พลังงาน	๑.			
พาณิชย์	๑.			
มหาดไทย	๑.			
วัฒนธรรม	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			
สาธารณสุข	<p><u>แนวทาง</u> : เพิ่มศักยภาพภาคการท่องเที่ยวและบริการ</p> <p><u>กลุ่มโครงการ</u> : โครงการยกระดับคุณภาพบริการ และส่งเสริมธุรกิจต่อเนื่องในแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของภาค</p> <p><u>กลางทาง</u> : พัฒนารูปแบบ นวัตกรรม สินค้าและบริการด้านการท่องเที่ยว</p> <p>๑. <u>กิจกรรม</u> : ยกระดับมาตรฐานการให้บริการของผู้ประกอบการและสนับสนุนธุรกิจบริการด้านการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์ทันตกรรม - พัฒนาศูนย์การแพทย์นานาชาติ - พัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร 	<p>๒.๗๖ ลบ.</p> <p>๖.๐๐ ลบ.</p> <p>๑๑.๐๐๕ ลบ.</p>	เขต ๖ ภูเก็ต	

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
	๒. <u>กิจกรรม</u> : พัฒนาระบบป้องกันและรักษาความปลอดภัยนักท่องเที่ยว - ศูนย์เวชศาสตร์ใต้น้ำ	๑๘.๐๔๕ ลบ.		
	<u>แนวทาง</u> : โครงการพัฒนาพิเศษขนาดใหญ่ <u>กลุ่มโครงการ</u> : โครงการเมืองสมุนไพรรักษาได้ <u>ต้นทาง</u> : การปลูกและอนุรักษ์สมุนไพรรักษาได้ <u>กิจกรรม</u> : สุราษฎร์ธานีเมืองสมุนไพรรักษาได้ จำนวน ๒๐ กลุ่ม ระบบการผลิตและแปรรูป ๒ แห่ง	-	เขต ๕ สุราษฎร์ธานี และ สงขลา	
<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๒</u> พัฒนาอุตสาหกรรมการแปรรูปยางพาราและปาล์มน้ำมันแห่งใหม่ของประเทศ				
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			
อุตสาหกรรม	๑.			
<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๓</u> พัฒนาการผลิตสินค้าเกษตรหลักของภาคและสร้างความเข้มแข็งสถาบันเกษตรกร				
เกษตรและสหกรณ์	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑.			
พาณิชย์	๑.			
มหาดไทย	๑.			
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี				
<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๔</u> พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสนับสนุนการท่องเที่ยว การพัฒนาอุตสาหกรรมและการเชื่อมโยงการค้าโลก				
คมนาคม	๑.			

** หมายเหตุ ขอให้กระทรวงจัดทำรายงานส่งสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

แบบรายงานข้อมูลโครงการ/กิจกรรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข
ในแต่ละยุทธศาสตร์ตามแผนงานบูรณาการพัฒนาพื้นที่ภาค (ภาคใต้ชายแดน)

ข้อมูล ณ วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ (๑๘ เขต สำนักนายกรัฐมนตรี)

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๑</u> พัฒนาอุตสาหกรรมเกษตรและอุตสาหกรรมแปรรูปการเกษตร เพื่อสร้างความมั่นคงให้กับภาคการผลิต				
เกษตรและสหกรณ์	๑.			
คมนาคม	๑.			
พลังงาน	๑.			
พาณิชย์	๑.			
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	๑.			
อุตสาหกรรม	๑.			
<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๒</u> พัฒนาเมืองสู่ไฮเทค-โลก และเมืองเบตง ให้เป็นเมืองการค้าและเมืองท่องเที่ยวชายแดน				
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์	๑. ๒.			
คมนาคม	๑.			
มหาดไทย	๑.			
อุตสาหกรรม	๑.			
<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๓</u> เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน				
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์	๑. ๒.			
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	๑.			

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
ศึกษาธิการ	๑. ๒.			
สาธารณสุข	<p>แนวทาง : พัฒนาด้านสังคมยกระดับคุณภาพชีวิต</p> <p>กลุ่มโครงการ : โครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพะทุกช่วงวัย</p> <p>กลางทาง : พัฒนาศักยภาพคน</p> <p>กิจกรรม : พัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยของภาคใต้ชายแดน - พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อภาคใต้ชายแดน - พัฒนาการบริการที่เป็นเลิศทางการแพทย์ภาคใต้ชายแดน 	๒๕๒.๗๐๕๖ ลป.	เขต ๗ นราธิวาส ปัตตานี ยะลา	
อุตสาหกรรม	๑. ๒.			

**** หมายเหตุ** ขอให้กระทรวงจัดทำรายงานส่งสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

แบบรายงานข้อมูลโครงการ/กิจกรรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข
ในแต่ละยุทธศาสตร์ตามแผนงานบูรณาการพัฒาพื้นที่ภาค (ภาคกลางและพื้นที่กรุงเทพมหานคร)

ข้อมูล ณ วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ (๑๘ เขต สำนักนายกรัฐมนตรี)

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนารุงเทพฯ เป็นมหานครทันสมัยระดับโลกควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมเมือง				
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	๑.			
คมนาคม	๑.			
ศึกษาธิการ	๑.			
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาคุณภาพแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงระดับนานาชาติและสร้างความเชื่อมโยงเพื่อกระจายการท่องเที่ยวทั่วทั้งภาค				
คมนาคม	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑.			
วัฒนธรรม	๑.			
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยกระดับการผลิตสินค้าเกษตรและอุตสาหกรรมโดยใช้นวัตกรรม เทคโนโลยี และความคิดสร้างสรรค์ เพื่อให้สามารถแข่งขันได้อย่างยั่งยืน				
พาณิชย์	๑.			
อุตสาหกรรม	๑.			
สาธารณสุข	แนวทาง : โครงการพัฒนาพิเศษขนาดใหญ่ กลุ่มโครงการ : โครงการเมืองสมุนไพรภาคกลาง กิจกรรมที่ ๑ : สนับสนุนปัจจัยการผลิตเมืองสมุนไพร (ต้นทาง) กิจกรรมที่ ๒ : พัฒนาการแปรรูป R&D and Technology (กลางทาง) กิจกรรมที่ ๓ : พัฒนาการตลาดเพื่อเมืองสมุนไพร Marketability (ปลายทาง)	-	เขต ๑ สระบุรี เขต ๒ นครปฐม	

กระทรวง	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารจัดการน้ำและทรัพยากรธรรมชาติเพื่อแก้ไขปัญหาน้ำท่วม ภัยแล้ง และคงความสมดุลของระบบนิเวศอย่างยั่งยืน				
เกษตรและสหกรณ์	๑.			
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑. ๒.			
มหาดไทย	๑. ๒.			
ยุทธศาสตร์ที่ ๕ เปิดประตูการค้า การลงทุน และการท่องเที่ยว เชื่อมโยงเขตเศรษฐกิจพิเศษทวาย-ภาคกลาง-ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก				
พาณิชย์	๑. ๒.			
ยุทธศาสตร์ที่ ๖ พัฒนาความเชื่อมโยงเศรษฐกิจและสังคมกับทุกภาคเพื่อเสริมสร้างเสถียรภาพและลดความเหลื่อมล้ำภายในประเทศ				

**** หมายเหตุ** ขอให้กระทรวงจัดทำรายงานส่งสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

พื้นที่การตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการ ๖ ภาครัฐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ผตร.สำนักนายก	กลุ่มจังหวัดภาค	เขตตรวจราชการ	จังหวัด	ผตร.สธ	เขตสุขภาพที่	จังหวัด
นายณรงค์ เชื้อบุญช่วย	ภาคกลางตอนบน	๑	ชัยนาท ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง	นพ.บุญชัย ธีระกาญจน์ นพ.สุระ วิเศษศักดิ์	๓ ๔	ชัยนาท ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา
พ.ต.ท.เจียรรัตน์ วิเชียร สรรค์	ภาคกลางปริมณฑล	๒	นนทบุรี ปทุมธานี นครปฐม สมุทรปราการ	นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ นพ.สุเทพ เพชรมาก	๔ ๕ ๖	นนทบุรี ปทุมธานี นครปฐม สมุทรปราการ
พ.ต.ท.เจียรรัตน์ วิเชียร สรรค์	ภาคกลางตอนล่าง ๑	๓	กาญจนบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี	นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์	๕	กาญจนบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี
นายณรงค์ เชื้อบุญช่วย	ภาคกลางตอนล่าง ๒	๔	ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร	นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์	๕	ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร
นางสาวปัทมณ อัมราลิขิต	ภาคใต้ฝั่งอ่าวไทย	๕	ชุมพร นครศรีธรรมราช พัทลุง สุราษฎร์ธานี สงขลา	นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก นพ.เจษฎา ฉายคุณรัฐ	๑๑ ๑๒	ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง สงขลา
นางสาวปัทมณ อัมราลิขิต	ภาคใต้ฝั่งอันดามัน	๖	กระบี่ ตรัง พังงา ภูเก็ต ระนอง สตูล	นพ.พิทักษ์พล บุญยมาลิก นพ.เจษฎา ฉายคุณรัฐ	๑๑ ๑๒	กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง ตรัง สตูล

ผตร.สำนักนายก	กลุ่มจังหวัดภาค	เขตตรวจราชการ	จังหวัด	ผตร.สธ	เขตสุขภาพที่	จังหวัด
นายณรงค์ เชื้อบุญช่วย	ภาคใต้ชายแดน	๗	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา	นพ.เจษฎา ฉายคุณรัฐ	๑๒	นราธิวาส ปัตตานี ยะลา
นายจिरายู นันท์ธรรธร	ภาคตะวันออก ๑	๘	ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง	นพ.สุเทพ เพชรมาก	๖	ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง
นายจिरายู นันท์ธรรธร	ภาคตะวันออก ๒	๙	จันทบุรี ตราด นครนายก ปราจีนบุรี สระแก้ว	นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ นพ.สุเทพ เพชรมาก	๔ ๖	นครนายก ปราจีนบุรี สระแก้ว จันทบุรี ตราด
นางสาวอรนุช ศรีนนท์	ภาคตะวันออก เฉียงเหนือตอนบน ๑	๑๐	บึงกาฬ เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ	๘	บึงกาฬ เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี
นางสาวอรนุช ศรีนนท์	ภาคตะวันออก เฉียงเหนือตอนบน ๒	๑๑	นครพนม มุกดาหาร สกลนคร	นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ นพ.ธงชัย กิริติหัตถยากร	๘ ๑๐	นครพนม สกลนคร มุกดาหาร
นางสาวอรนุช ศรีนนท์	ภาคตะวันออก เฉียงเหนือตอนกลาง	๑๒	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	นพ.อิทธิพล สูงแข็ง	๗	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
นายกริธา สฟโชค	ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ตอนล่าง ๑	๑๓	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	นพ.ณรงค์ สายวงศ์	๙	นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์
นายกริธา สฟโชค	ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ตอนล่าง ๒	๑๔	ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี	นพ.ธงชัย กิริติหัตถยากร	๑๐	ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี

ผตร.สำนักนายก	กลุ่มจังหวัดภาค	เขตตรวจราชการ	จังหวัด	ผตร.สธ	เขตสุขภาพที่	จังหวัด
นางดวงตา ตันโซ	ภาคเหนือตอนบน ๑	๑๕	เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์	๑	เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน
นางดวงตา ตันโซ	ภาคเหนือตอนบน ๒	๑๖	เชียงราย น่าน พะเยา แพร่	นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์	๑	เชียงราย น่าน พะเยา แพร่
นายพีระ ทองโพธิ์	ภาคเหนือตอนล่าง ๑	๑๗	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์	นพ.ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล	๒	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์
นายพีระ ทองโพธิ์	ภาคเหนือตอนล่าง ๒	๑๘	กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี	นพ.บุญชัย ธีระกาญจน์	๓	กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี

๑. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจนภาคเหนือ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ๑) สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

๒) สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

แนวทาง : พัฒนาพื้นที่ระดับภาคด้านการแก้ไขปัญหาความยากจนลดความเหลื่อมล้ำและสร้างการเติบโตจากภายใน

กลุ่มโครงการ : โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจนภาคเหนือ

ต้นทาง : พัฒนาระบบการให้บริการ

กิจกรรม : พัฒนาระบบดูแลและยกระดับการให้บริการ

- ภาคเหนือเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบครบวงจรสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

โดยมีกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

ต้นทาง

๑. กระทรวงศึกษาธิการ

๑.๑ มหาวิทยาลัยนเรศวร : การพัฒนาระบบฟื้นฟูสุขภาพและท่องเที่ยวผู้สูงอายุแบบครบวงจร เพื่อคุณภาพชีวิตและอนุรักษ์

๑.๒ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง : จัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพแบบครบวงจรแห่งภาคเหนือและ อนุมัติภาคลุ่มแม่น้ำโขง

๑.๓ มหาวิทยาลัยพะเยา : พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจน

๒. กระทรวงสาธารณสุข

- ภาคเหนือเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบครบวงจรสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

กลางทาง

๑. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนยากจนภาคเหนือ

๒. กระทรวงศึกษาธิการ

- พัฒนาศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

๒. โครงการเมืองสมุนไพร (ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคใต้ ภาคกลาง)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เมืองสมุนไพร หมายถึง โครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย เพื่อเศรษฐกิจ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่เกิดการพัฒนาในระดับภูมิภาคโดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูป และการทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและสร้างการเติบโตของชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้อาศัยกลไกของประชารัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City) โดยมีแนวทางการดำเนินงานภายใต้ ๔ มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ ๑ สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อน พื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน

มาตรการที่ ๒ พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร

มาตรการที่ ๓ ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์เพื่อมูลค่าและการตลาด

มาตรการที่ ๔ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ

ปัจจุบันมีการดำเนินโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรทั้งสิ้น ๑๔ จังหวัด ซึ่งมีการดำเนินงาน ๒ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ ดำเนินการนำร่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๐ ใน ๔ จังหวัด ได้แก่

- | | |
|-----------------|---------------------|
| เขตสุขภาพที่ ๑ | จังหวัดเชียงราย |
| เขตสุขภาพที่ ๖ | จังหวัดปราจีนบุรี |
| เขตสุขภาพที่ ๘ | จังหวัดสกลนคร |
| เขตสุขภาพที่ ๑๑ | จังหวัดสุราษฎร์ธานี |

ระยะที่ ๒ ดำเนินการส่วนขยาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ใน ๙ จังหวัด ได้แก่

- | | |
|-----------------|-------------------|
| เขตสุขภาพที่ ๒ | จังหวัดพิษณุโลก |
| เขตสุขภาพที่ ๓ | จังหวัดอุทัยธานี |
| เขตสุขภาพที่ ๔ | จังหวัดสระบุรี |
| เขตสุขภาพที่ ๕ | จังหวัดนครปฐม |
| เขตสุขภาพที่ ๖ | จังหวัดจันทบุรี |
| เขตสุขภาพที่ ๗ | จังหวัดมหาสารคาม |
| เขตสุขภาพที่ ๙ | จังหวัดสุรินทร์ |
| เขตสุขภาพที่ ๑๐ | จังหวัดอำนาจเจริญ |
| เขตสุขภาพที่ ๑๒ | จังหวัดสงขลา |

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เพิ่มอีก ๑ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี

เกณฑ์เป้าหมาย

การประเมินระดับความสำเร็จในการพัฒนาเมืองสมุนไพรจะวัดจากเกณฑ์ของการพัฒนาเมืองสมุนไพร โดยแบ่งเป็นต้นทาง กลางทาง ปลายทาง จำนวน ๑๐ ข้อ ดังนี้

ต้นทาง

๑. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก สมุนไพร
๒. มีจุดรวบรวมและขยายสมุนไพรพันธุ์ดี
๓. จำนวนของเกษตรกรที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่อง GAP/organic สมุนไพร ปีละ ๓๐ ราย
๔. มีการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในพื้นที่ที่ได้รับการรับรอง Organic อย่างน้อย ๑ แห่ง

กลางทาง

๕. มีแผนข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)

๖. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒ ผลิตภัณฑ์

ปลายทาง

๗. มีแผนการตลาดและการประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายตามแผน

๘. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๘.๕

๙. ร้อยละมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น

๑๐. มีข้อมูลมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)

การวัดผลสำเร็จ : ดำเนินการประเมินตามแบบประเมินเกณฑ์พัฒนาเมืองสมุนไพรตามที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด โดยจังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ (๘ ข้อ ใน ๑๐ ข้อ) ในปี ๒๕๖๒

การจัดเก็บข้อมูล

๑. แบบประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร

๒. การตรวจราชการและนิเทศงาน

แหล่งข้อมูล

๑. ข้อมูลจากแบบประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร

๒. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน

๓. ข้อมูลจาก hbcservice.moph.go.th

๔. ข้อมูลมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่าค่าเฉลี่ย

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔
จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐	จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๐	จังหวัดต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๐

การติดตามผลการดำเนินงาน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก สมุนไพร ๒. มีการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในพื้นที่ที่ได้รับการรับรอง Organic อย่างน้อย ๑ แห่ง ๓. มีแผนข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์	๑. มีแหล่งรวบรวมและขยายสมุนไพรพันธุ์ดี ๒. มีแผนการตลาดและการประชาสัมพันธ์ และขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมาย	๑. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒ ผลิตภัณฑ์	๑. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๘.๕ ๒. ร้อยละมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น ๓. มีข้อมูลมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมในจังหวัดมากกว่าค่าเฉลี่ย (ประเมินโดยกรมการแพทย์แผนไทยและ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
สมุนไพรของจังหวัดเมือง สมุนไพร (Demand & Supply Matching)			การแพทย์ทางเลือก) ๔. จำนวนของเกษตรกรที่ได้รับการถ่ายทอด ความรู้เรื่อง GAP/organic สมุนไพร ปีละ ๓๐ ราย

วิธีการประเมินผล

- ข้อมูลจากแบบประเมินการพัฒนาเมืองสมุนไพร
- การ update ข้อมูลขึ้น web site : healthkpi.moph.go.th
- ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน

เอกสารสนับสนุน

- แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองสมุนไพร

ผู้ประสานงานโครงการ

- นางมณฑกา ธีรชัยสกุล ผู้อำนวยการกองสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๙ ๕๖๐๙ โทรสาร ๐๒ ๑๔๙ ๕๖๐๙
มือถือ ๐๘๗ ๒๕๖ ๖๘๒๕ e-mail : th.herbalcity@gmail.com
- นายณัฐวุฒิ ปราบภัย เกษัชกรปฏิบัติการ
กองสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๙ ๕๖๐๙ โทรสาร ๐๒ ๑๔๙ ๕๖๐๙
มือถือ ๐๙๙ ๔๖๗ ๑๑๑๐ e-mail : th.herbalcity@gmail.com
- น.ส.อัปสร บุตรดา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
กองสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๙ ๕๖๐๙ โทรสาร ๐๒ ๑๔๙ ๕๖๐๙
มือถือ ๐๘๐ ๑๑๔ ๘๕๔๕ e-mail : th.herbalcity@gmail.com
- น.ส.ผสุชา จันทร์ประเสริฐ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ ๐๒ ๙๖๕ ๙๔๙๐ โทรสาร ๐๒ ๙๖๕ ๙๔๙๐
มือถือ ๐๖๔ ๓๒๓ ๕๙๓๙ e-mail : ppin๑๙๘๗@gmail.com
- น.ส.สุกัญญา ชายแก้ว นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๑ ๗๘๐๙ โทรสาร ๐๒ ๕๙๑ ๐๒๑๘
มือถือ ๐๘๐ ๑๑๔ ๘๕๔๕ e-mail : sukanya๐๒๑๐@gmail.com

๓. โครงการพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง

โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศล แต่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปี ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๙ พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา

แผนงาน : แผนงานบูรณาการพัฒนาด้านที่ระดับภาค

โครงการ : โครงการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง

กิจกรรม : การรณรงค์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแต่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขนำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๘ ขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙ โดยเห็นชอบแนวทางการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ ส่งผลให้การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเกิดความยั่งยืน และผลักดันให้เป็นการดำเนินงานในแผนงานปกติในอนาคตต่อไป แบ่งการขับเคลื่อนเป็น ๒ ระยะ ดังนี้

ระยะเริ่มต้น ๓ ปี (๒๕๕๙-๒๕๖๑) ขับเคลื่อนผ่านโครงการรณรงค์การกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแต่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปี ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๙ พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา ตลอดจนในปีพุทธศักราช ๒๕๖๐ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๐ พรรษา

ระยะที่ ๒ เป็นการขับเคลื่อนตามมาตรการของแผนยุทธศาสตร์ในระยะเวลาที่เหลือ(๒๕๖๒ - ๒๕๖๘) จะขับเคลื่อนผ่าน โครงการปลอดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อคนไทยสุขภาพดีในปี ๒๕๖๘ ตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘

พื้นที่ดำเนินการ ๒๙ จังหวัด ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน แพร่ น่าน ลำปาง ลำพูน พะเยา และสระแก้ว ในภาคตะวันออก รัฐบาลให้ความสนใจและตระหนักเห็นความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหายอย่างจริงจังและต่อเนื่องโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้สนับสนุนงบประมาณขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ผ่านโครงการยกระดับคุณภาพชีวิตคนอีสานศตวรรษที่ ๒๑ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นต้นมา โดยมี

เป้าหมาย ของยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘ คือ

๑. อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในคนและในปลาไม่เกินร้อยละ ๑ ในปี ๒๕๖๘

๒. อัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงสองในสามในปี ๒๕๗๘

มาตรการสำคัญที่จะให้จังหวัด/อำเภอ/ตำบลดำเนินการ ปี ๒๕๖๒

- จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลสำหรับทุกพื้นที่ผ่านเทศบาล/อบต.
- จัดการเรียนการสอนในโรงเรียนให้ครบทุกพื้นที่ พร้อมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กเยาวชน ประชาชน และสังคม

- คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เมื่อพบผู้ติดพยาธิให้การรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควรมีการตรวจมูลสัตว์เลี้ยงในบ้าน สุนัข/แมว หากตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับต้องให้การรักษาโดยสัตวแพทย์ในพื้นที่
- คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปด้วยเครื่องอัลตราซาวด์
- บริหารจัดการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบ
- รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางการสื่อสารตามบริบทพื้นที่
- มีระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลระดับประคองด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก
- รายงานการดำเนินงานผ่านฐานข้อมูล Isan cohort /ตามแบบฟอร์มการรายงานผลที่กำหนด
- พัฒนานวัตกรรม การตรวจพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีการใหม่ พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการคัดกรองพยาธิ คัดกรอง รักษา มะเร็งท่อน้ำดี เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

วิธีการวัดผลสำเร็จของการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑. ร้อยละของตำบลเสี่ยงในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐)

๒. ร้อยละของการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐)

๓. ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐)

สิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน (กรอบตัวอย่างกิจกรรมสนับสนุน) ได้จาก

๑. การสนับสนุนทางวิชาการ สามารถดาวน์โหลดโปสเตอร์โรคหนองพยาธิ, คู่มือเสริมการเรียนรู้และทักษะเรื่องโรคหนองพยาธิ, ชุดนิทรรศการเรื่องโรคหนองพยาธิได้ที่ <http://thaigcd.ddc.moph.go.th> โหลดจาก YouTube ค้นหาในชื่อรายการทุ่งแสงตะวัน ตอน บักินปลาดิบ/พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. งบประมาณที่ใช้ดำเนินการ งบประมาณปี ๒๕๖๒ รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณภายใต้แผนงานบูรณาการพัฒนาระดับภาคและงบประมาณและงบอุดหนุนโครงการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๓. อุปกรณ์การแพทย์ งบประมาณควบคุมโรคสนับสนุนวิศวะวิทยาศาสตร์ในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและยารักษาพยาธิใบไม้ตับและพยาธิอื่นที่ตรวจพบผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอาจจะมีการซื้อเพิ่มเติมใน (กรณีที่มีการขยายพื้นที่)

๔. การสนับสนุนทางวิชาการ สามารถดาวน์โหลด คู่มือการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง, โปสเตอร์การจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ ลดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, คู่มือการจัดการสิ่งปฏิกูล (แบบครบวงจร) ได้ที่ <http://env.anamai.moph.go.th> ไปที่เมนู “คู่มือวิชาการ” และกด “คู่มือการจัดการสุขาภิบาล”

๕. การสนับสนุนทางวิชาการ สามารถดาวน์โหลด คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ ได้ที่ <https://www.dtam.moph.go.th> ไปที่เมนู “เอกสารเผยแพร่” และกด “ดาวน์โหลดเอกสาร” ด้านล่างมุมซ้ายคู่มือฯ

การบริหารจัดการงบประมาณแผนงานบูรณาการพัฒนาพื้นที่ระดับภาค

งบดำเนินงานตามแผนงานบูรณาการ เพื่อใช้สำหรับเป็นค่าตอบแทน, ค่าใช้สอย, ค่าวัสดุ และค่าซ่อมแซม ได้แก่ ค่าจ้างเหมาบริการ, ค่าพาหนะ, ค่าเช่าที่พัก, ค่าอาหารทำการนอกเวลาราชการ, ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม, ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าโฆษณาและเผยแพร่, ค่าโทรศัพท์, ฯลฯ ทั้งนี้ การบริหารจัดการงบประมาณควรพิจารณาตามแนวทาง ดังนี้

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน เพื่อพิจารณาการจัดสรรงบประมาณที่รับให้แก่หน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง

๒. ประชุม เพื่อจัดทำแนวทางการจัดสรรงบประมาณ โดยคำนึงถึงงบประมาณที่ได้รับตามกรอบแผนงาน ผลผลิต กิจกรรมหลัก และตัวชี้วัดที่กำหนด

๓. ติดตามกำกับการเบิกจ่ายงบประมาณ และผลตามตัวชี้วัด ให้เป็นไปตามที่กำหนด

๔. รายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณ และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข/ตัวชี้วัดสำนักงานงบประมาณ มาয়ักรวมควบคุมโรคและกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกไตรมาส ตามแบบฟอร์มการรายงานผลที่กำหนด/ผ่านข้อมูล Isan cohort

๕. ดำเนินการส่งแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ทั้งปี) ตามรายผลผลิต กิจกรรมหลักที่ได้รับงบประมาณ มาয়ักรวมควบคุมโรคและกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรายงานผลต่อผู้บริหารระดับกระทรวง ภายหลังได้รับการจัดสรรงบประมาณ (วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๑)

ผู้ประสานงานโครงการ

- | | |
|-----------------------|--|
| ๑. นางอรณาท วัฒนวงษ์ | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
โทรศัพท์ ๐๒ ๕๕๐ ๓๑๘๐ โทรสาร ๐๒ ๕๕๑ ๘๔๓๖
มือถือ ๐๘๑ ๘๗๕ ๓๕๖๘ e-mail : oranard.wat@gmail.com |
| ๒. นางณปภัช นฤคนธ์ | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๒ ๕๕๐ ๑๗๖๒ e-mail : napapat๑๑๑@gmail.com |
| ๓. นางนิตยา แดงโสภิตา | ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส
กองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๒ ๕๕๐ ๑๒๙๔ |

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานพยาบาลไปไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี (พื้นที่เสี่ยง ๒๐ จังหวัด) ปี ๒๕๖๒
ประจำเดือน

เขต	จังหวัด	เป้าหมาย ตำบล ปี ๒๕๖๒	เป้าหมาย OV	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย อัลตราซาวด์	ผลงาน	ร้อยละ	งบประมาณ บูรณาการภาค	งบประมาณ ที่ใช้	การจัดการ เรียนการ สอน/โรงเรียน	บ่อบำบัด สิ่งปฏิกูล/แห่ง	ขับเคลื่อน ผ่านพขอ./ แห่ง	การจัด กิจกรรม รณรงค์/ครั้ง
๗	กาฬสินธุ์	๓๒	๒๘,๙๖๐			๗,๖๖๑	-		๒,๔๓๐,๘๐๐					
๗	ขอนแก่น	๑๖	๑๔,๔๘๐			๑๒,๙๒๖	-		๑,๕๗๙,๓๐๐					
๗	มหาสารคาม	๒๕	๒๒,๖๒๕			๖,๕๒๕			๗๖๘,๙๐๐					
๗	ร้อยเอ็ด	๕๐	๔๕,๒๕๐			๑๔,๐๒๗			๓๕๐,๘๐๐					
๘	บึงกาฬ	๖	๕,๔๓๐			๗,๗๔๐			๑,๒๘๘,๐๐๐					
๘	เลย	๙๐	๘๑,๔๕๐			๘๙,๕๙๒			๙,๔๒๙,๐๐๐					
๘	หนองคาย	๑๐	๙,๐๕๐			๗,๗๔๐			๒,๔๒๙,๐๐๐					
๘	หนองบัวลำภู	๘	๗,๒๔๐			๗,๕๕๓			๑,๕๔๓,๐๐๐					
๘	อุดรธานี	๑๘	๑๖,๒๙๐			๑๒,๗๔๐			๒,๘๒๒,๕๐๐					
๘	นครพนม	๒๔	๒๑,๗๒๐			๑๑,๙๖๙			๔,๔๖๙,๔๐๐					
๘	สกลนคร	๒๖	๒๓,๕๓๐			๑๒,๗๔๐			๒,๖๐๓,๐๐๐					
๙	ชัยภูมิ	๓๒	๒๘,๙๖๐			๑๐,๙๐๐			๒,๔๒๘,๘๐๐					
๙	นครราชสีมา	๓๒	๒๘,๙๖๐			๑๖,๓๑๐			๓,๙๔๐,๐๐๐					
๙	บุรีรัมย์	๓๐	๒๗,๑๕๐			๕,๖๗๐			๒,๔๒๘,๘๐๐					
๙	สุรินทร์	๑๗	๑๕,๓๘๕			๑๐,๖๑๐			๒,๕๒๕,๖๐๐					

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (พื้นที่เสี่ยง ๒๐ จังหวัด) ปี ๒๕๖๒
ประจำเดือน

เขต	จังหวัด	เป้าหมาย ตำบลปี ๒๕๖๒	เป้าหมาย ov	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย อัลตราซาวด์	ผลงาน	ร้อยละ	งบประมาณ บูรณาการภาค	งบประมาณ ที่ใช้	การจัดการ เรียนการ สอน/ โรงเรียน	บ่อ บำบัด สิ่งปฏิกูล	ขับเคลื่อน ผ่านพขอ./ แห่ง	การจัด กิจกรรม รณรงค์/ ครั้ง
๑๐	มุกดาหาร	๑๗	๑๕,๓๘๕			๕,๓๖๕			๔,๙๓๙,๔๐๐					
๑๐	ยโสธร	๒๐	๑๘,๑๐๐			๕,๗๔๕			๒,๔๔๙,๐๐๐					
๑๐	ศรีสะเกษ	๒๔	๒๑,๗๒๐			๑๑,๒๔๐			๒,๗๙๑,๕๐๐					
๑๐	อุบลราชธานี	๔๙	๔๔,๓๔๕			๑๗,๑๘๖			๑,๑๙๕,๕๐๐					
๑๐	อำนาจเจริญ	๓๒	๒๘,๙๖๐			๔,๙๙๒			๒,๑๕๗,๕๐๐					
รวม		๕๕๘	๕๐๔,๙๙๐			๒๗๙,๒๓๑			๕๔,๕๖๙,๘๐๐					

เป้าหมายและการสนับสนุน

เขต	จังหวัด	เป้าหมาย ตำบลปี ๒๕๖๒	เป้าหมาย ๕ ปี ปี ๒๕๖๒	เป้าหมาย ๑๐ ปี ปี ๒๕๖๒	เป้าหมาย ov	เป้าหมาย อัลตราซาวน์	เป้าหมาย ผ่าตัด (๑๒๐๐)	งบประมาณ บูรณาการ ภาค	สิ่งสนับสนุน						
									อัลตรา ซาวน์	กล้อง จุลทรรศน์	ชุดตรวจ อุจจาระ/ชุด	ตลับ อุจจาระ (กล้อง)	ยา เวชภัณฑ์	ชุดตรวจ ปัสสาวะ	หมายเหตุ
๗	กาฬสินธุ์	๓๒	๔๐	๑๘	๒๘,๙๖๐	๗,๖๖๑	-	๒,๔๓๐,๘๐๐			๒๐	๕,๐๐๐			
๗	ขอนแก่น	๑๖	๖๑	๒๖	๑๔,๔๘๐	๑๒,๙๒๖	-	๑,๕๗๙,๓๐๐	๓	๔	๒๐	๘,๐๐๐			
๗	มหาสารคาม	๒๕	๔๐	๑๗	๒๒,๖๒๕	๖,๕๒๕		๗๖๘,๙๐๐			๒๐	๕,๐๐๐			
๗	ร้อยเอ็ด	๕๐	๕๑	๒๒	๔๕,๒๕๐	๑๔,๐๒๗		๓๕๐,๘๐๐			๔๐	๓๒,๐๐๐			
๘	บึงกาฬ	๖	๑๒	๖	๕,๔๓๐	๗,๗๔๐		๑,๒๘๘,๐๐๐	๑	๒	๒๐	๘,๐๐๐			
๘	เลย	๙๐	๒๔	๑๐	๘๑,๔๕๐	๘๙,๕๙๒		๙,๔๒๙,๐๐๐	๑๔	๑๔	๓๐	๑๓,๐๐๐			
๘	หนองคาย	๑๐	๑๕	๗	๙,๐๕๐	๗,๗๔๐		๒,๔๒๙,๐๐๐	๔	๙	๒๐	๙,๐๐๐			
๘	หนองบัวลำภู	๘	๑๕	๗	๗,๒๔๐	๗,๕๕๓		๑,๕๕๓,๐๐๐	๑๐	๑๙	๓๐	๖,๐๐๐			
๘	อุดรธานี	๑๘	๔๕	๒๐	๑๖,๒๙๐	๑๒,๗๔๐		๒,๘๒๒,๕๐๐	๔	๒๙	๒๐	๑๐,๐๐๐			
๘	นครพนม	๒๔	๒๓	๑๐	๒๑,๗๒๐	๑๑,๙๖๙		๔,๕๖๙,๔๐๐	๑๒	๑๒	๓๐	๑๒,๐๐๐			
๘	สกลนคร	๒๖	๒๘	๑๒	๒๓,๕๓๐	๑๒,๗๔๐		๒,๖๐๓,๐๐๐	๑	๒	๓๐	๑๗,๐๐๐			
๙	ชัยภูมิ	๓๒	๓๓	๑๕	๒๘,๙๖๐	๑๐,๙๐๐		๒,๔๒๘,๘๐๐	๔	๑๖	๒๐	๑๐,๐๐๐			
๙	นครราชสีมา	๓๒	๘๔	๓๖	๒๘,๙๖๐	๑๖,๓๑๐		๓,๙๔๐,๐๐๐	๒๑	๓๒	๒๕	๒๔,๐๐๐			
๙	บุรีรัมย์	๓๐	๖๐	๒๖	๒๗,๑๕๐	๕,๖๗๐		๒,๔๒๘,๘๐๐	๗	๑๕	๑๐	๒,๐๐๐			

เป้าหมายและการสนับสนุน

เขต	จังหวัด	เป้าหมาย ตำบลปี ๒๕๖๒	เป้าหมาย ๕ ปี ปี ๒๕๖๒	เป้าหมาย ๑๐ ปี ปี ๒๕๖๒	เป้าหมาย OV	เป้าหมาย อัลตราซาวน์	เป้าหมาย ผ่าตัด (๑๒๐๐)	งบประมาณ บูรณาการภาค	สิ่งสนับสนุน						
									อัลตรา ซาวน์	กล้อง จุลทรรศน์	ชุดตรวจ อุจจาระ/ ชุด	ตลับ อุจจาระ (กล้อง)	ยา เวชภัณฑ์	ชุดตรวจ ปัสสาวะ	หมายเหตุ
๙	สุรินทร์	๑๗	๔๕	๒๐	๑๕,๓๘๕	๑๐,๖๑๐		๒,๕๒๕,๖๐๐	๘	๑๗	๒๐	๑๐,๐๐๐			
๑๐	มุกดาหาร	๑๗	๑๐	๕	๑๕,๓๘๕	๕,๓๖๕		๔,๙๓๙,๔๐๐	๓	๗	๑๐,๐๐๐	๒๐			
๑๐	ยโสธร	๒๐	๒๐	๙	๑๘,๑๐๐	๕,๗๔๕		๒,๔๔๙,๐๐๐	๓	๓๓	๑๐,๐๐๐	๒๐			
๑๐	ศรีสะเกษ	๒๔	๖๓	๒๗	๒๑,๗๒๐	๑๑,๒๔๐		๒,๗๙๑,๕๐๐	๔	๑๙	๑๑,๐๐๐	๒๐			
๑๐	อุบลราชธานี	๔๙	๕๗	๒๕	๔๔,๓๔๕	๑๗,๑๘๖		๑,๑๙๕,๕๐๐	๒๕	๒๕	๒๐,๐๐๐	๒๐			
๑๐	อำนาจเจริญ	๓๒	๑๑	๕	๒๘,๙๖๐	๔,๙๙๒		๒,๑๕๗,๕๐๐		๑๕	๑๔,๐๐๐	๒๐			
รวม		๕๕๘	๗๓๗	๓๒๓	๕๐๔,๙๙๐	๒๗๙,๒๓๑	๑,๒๐๐.๐๐	๕๔,๕๖๙,๘๐๐	๑๒๔	๒๗๐	๒๓๖,๐๐๐	๔๕๕			

๔. โครงการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนและให้ความรู้แก่พ่อแม่เด็กในด้านโภชนาการที่เหมาะสม

โครงการ : โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ปี ๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ : ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ : ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ

Cluster : กลุ่มวัยทำงาน

ภายใต้กิจกรรมสำคัญ :

๑. **กิจกรรมสำคัญ** : ควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ปี ๒๕๖๒

๒. **โครงการสำคัญ** : โครงการพัฒนาและบริการการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับประชาชนในพื้นที่โครงการพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ

แผนการจัดสรรงบประมาณ : (ตามเอกสารงบประมาณ)

๑. **แผน** : แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี

๒. **ผลผลิต/โครงการ** : โครงการพัฒนาและบริการการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับประชาชนในพื้นที่โครงการพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ

๑. หลักการและเหตุผล :

โรคขาดสารไอโอดีนมีผลต่อความพิการทางสติปัญญา ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมองและความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กไทยที่จะเติบโตเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติในอนาคต โรคขาดสารไอโอดีนมีผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ ๓ ปี หากขาดสารไอโอดีนจะทำให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ลดความเฉลียวฉลาด หรือระดับสติปัญญาของเด็กได้ถึง ๑๐-๑๕ จุด ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียน และกระทบต่อการเจริญเติบโต และยังส่งผลถึงความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก คุณภาพชีวิตของคนหนุ่มสาว อันเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและการพัฒนาสังคม

ประเทศไทยมีเป้าหมายที่จะทำให้ประชาชนได้รับสารไอโอดีนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในทุกเพศ ทุกวัย รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดให้ครบ ๖ เดือน ซึ่งที่ผ่านมาได้ดำเนินการผ่านกระบวนการขับเคลื่อนชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน โดยประกอบด้วย ชุมชน/หมู่บ้านมีนโยบายและมาตรการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน, ผู้นำและแกนนำชุมชน/หมู่บ้าน และประชาชนมีความรู้ และปฏิบัติเรื่องการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้, มีการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือที่แหล่งผลิต ที่จำหน่าย ร้านอาหาร ครั้วเรือน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน ต้องให้ได้มาตรฐาน และหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขต้องได้รับยาเม็ด เสริมไอโอดีน ซึ่งมีเป้าหมายให้ทุกชุมชน/หมู่บ้านดำเนินการ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้

ปัจจุบันสถานการณ์ของภาวะขาดสารไอโอดีนแม้ดีขึ้นเป็นลำดับ แต่ยังคงดำเนินการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการบูรณาการจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยมีตัวชี้วัด คือ คุณภาพเกลือจากแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และความครอบคลุมของการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในระดับครั้วเรือน รวมทั้งปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้มาตรการหลัก คือ มาตรการเกลือเสริมไอโอดีน นอกจากนี้ยังมีน้ำปลา น้ำเกลือปรุงอาหาร ผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนจากถั่วเหลืองต้องมีไอโอดีนและมีมาตรการเสริม ได้แก่ ยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็กและกรดโฟลิก แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายตลอดการตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด ๖ เดือนที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเสริมไอโอดีนในน้ำดื่ม ในโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ดังนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่กลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป จึงจำเป็นต้องดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม ทั่วถึง และให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

๒. วัตถุประสงค์ :

เพื่อเสริมสร้างสติปัญญาของเด็กไทยให้เต็มศักยภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรทุกกลุ่มวัย โดยการขจัดปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดไปจากประเทศไทยอย่างยั่งยืน

๓. เป้าหมาย ผลผลิต และตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ :

๓.๑ เป้าหมาย/ผลผลิตของโครงการ	จำนวน	หน่วยนับ
๑. ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนผ่านการรับรอง	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐	หมู่บ้าน
๒. เล่มถอดบทเรียนการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน	๑	ครั้ง
๓. รณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนและชุมชนในวันไอโอดีน	๑	เรื่อง
๔. รายงานการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือบริโภคในครัวเรือน	๑	ชุด
๓.๒ ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	จำนวน	หน่วยนับ
เชิงปริมาณ : ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปีสภาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	มากกว่า ๕๐	ร้อยละ
เชิงคุณภาพ : ความครอบคลุมการใช้เกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในระดับครัวเรือน ๒๐-๔๐ ppm	มากกว่า ๙๐	ร้อยละ
เชิงเวลา : ดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนปฏิบัติการ	๑๐๐	ร้อยละ

๔. วิธีดำเนินงาน :

- ๔.๑ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย
- ๔.๒ จัดประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน
- ๔.๓ ขับเคลื่อนเครือข่ายเกลือเสริมไอโอดีนยั่งยืนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงศึกษาธิการ
- ๔.๔ สนับสนุน I-kit ในการดำเนินงานระดับพื้นที่
- ๔.๕ เก็บปีสภาวะหญิงตั้งครรภ์ เด็กนักเรียน หญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อประเมินสถานการณ์การขาดสารไอโอดีน
- ๔.๖ จัดประชุมพัฒนาศักยภาพชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน ๓ ภาค
- ๔.๗ ประชาสัมพันธ์ รณรงค์เพื่อการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง
- ๔.๘ ติดตามและประเมินผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณไอโอดีนในปีสภาวะของห้องปฏิบัติการศูนย์อนามัย จำนวน ๑๑ แห่ง
- ๔.๙ การนิเทศ ติดตามการดำเนินงานโครงการ

๕. แผนการดำเนินงาน (ตุลาคม ๒๕๖๑ – กันยายน ๒๕๖๒)

กิจกรรม/เป้าหมาย และประมาณการค่าใช้จ่าย :

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย/ กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ประมาณการ	งบประมาณ (บาท)
๑	การประชุมคณะอนุกรรมการ การขับเคลื่อนการควบคุม ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (๓ คณะ)	๓ ครั้ง/๒๐ คน	ธ.ค.๖๑ ก.พ., เม.ย. ๖๒	- ค่าอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓ ครั้ง x ๑๕๕ บาท x ๒๐ คน/มือ (๙,๓๐๐ บาท) - ค่าเบี้ยประชุม ค่าเดินทาง คณะกรรมการและผู้เข้าร่วมประชุม ๑๙,๗๐๐ บาท - ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าเอกสารการ ประชุม ๑,๐๐๐ บาท	๓๐,๐๐๐
๒	ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร สานพลัง ความร่วมมือถอดบทเรียน การดำเนินงานโรคขาดสาร ไอโอดีน (ศูนย์อนามัย ๑๒ ศ. สสม.,และ สสจ. ๗๗ จังหวัด)	๑ ครั้ง/๑๑๐ คน	พ.ย. ๖๑	- ค่าเบี้ยเลี้ยง ๑ ครั้ง x ๑๑๐ คน x ๓ วัน x ๒๔๐ บาท (๗๙,๒๐๐ บาท) - ค่าอาหารและอาหารว่าง ๑ ครั้ง x ๑๑๐ คน x ๒ วัน x ๕๕๐ บาท (๑๒๑,๐๐๐ บาท) - ค่าที่พัก : ๑ ครั้ง x ๑๑๐ คน x ๒ คืน x ๗๕๐ บาท (๑๖๕,๐๐๐ บาท) - ค่าพาหนะ : ๑ ครั้ง x ๑๑๐ คน x ๑,๖๐๐ บาท (๑๗๖,๐๐๐ บาท) - ค่าวิทยากร ๑ ครั้ง x ๒ คน x ๒ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท (๒,๔๐๐ บาท) - ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ๕,๐๐๐ บาท	๕๔๘,๖๐๐
๓	เฝ้าระวังเพื่อติดตามและ ประเมินผลการควบคุมและ ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในกลุ่มเสี่ยง ๓.๑ ค่าบริหารจัดการศูนย์ เก็บปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ก่อนกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ของจังหวัด	๗๗ จังหวัด	ต.ค. ๖๑	- ค่าบริหารจัดการศูนย์เก็บปัสสาวะ หญิงตั้งครรภ์ก่อนกินยาเม็ดเสริม ไอโอดีนของจังหวัด ๑๐,๐๐๐ บาท x ๗๗ จังหวัด	๗๗๐,๐๐๐

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย/ กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ประมาณการ	งบประมาณ (บาท)
	๓.๒ ค่าชุดตรวจไอโอดีนใน เกลือ (I-Kit) ๓.๓ ค่าน้ำยา,ทดสอบความ ชำนาญและวิเคราะห์ ปัสสาวะ, ค่าจัดส่ง	๑ รายการ ๕ ครั้ง	ต.ค.๖๑ ธ.ค. ๖๑ ม.ค.,มี.ค.,พ.ค., มิ.ย.๖๒,	- ค่าชุดตรวจไอโอดีนในเกลือ (I-Kit) ๗๐,๐๐๐ บาท - ค่าน้ำยา,ทดสอบความชำนาญและ วิเคราะห์ปัสสาวะค่าจัดส่ง ๖๐,๐๐๐ บาท	๗๐,๐๐๐ ๖๐,๐๐๐
๔	ขับเคลื่อนการดำเนินงาน เครือข่ายเกลือเสริมไอโอดีน ยั่งยืน และพัฒนาศักยภาพผู้ ประกอบ การเกลือเสริม ไอโอดีน ๔.๑ ประชุมคณะกรรมการ และคณะทำงานเกลือ เสริมไอโอดีนยั่งยืน (ส่วนกลาง)	๑ ครั้ง/๑๐ คน	ม.ค.๖๑	- ค่าอาหารและอาหารว่าง ๑ ครั้ง x ๑๐ คน x ๑ วัน x ๑๕๕ บาท (๑,๕๕๐ บาท) - ค่าพาหนะ ๑ ครั้ง x ๑ คน x ๑ เที่ยว x ๔,๐๐๐ บาท (๔,๐๐๐บาท) ๑ ครั้ง x ๕ คน x ๑ เที่ยว x ๕๐๐ บาท (๒,๕๐๐ บาท)	๘,๐๕๐
	๔.๒ ประชุมคณะกรรมการ และคณะทำงานเกลือ เสริมไอโอดีนยั่งยืน (จังหวัด)	๑ ครั้ง/๒๐ คน	ก.พ.๖๑	- ค่าเบี้ยเลี้ยง ๑ ครั้ง x ๒๐ คน x ๓วัน x ๒๔๐ บาท (๑๔,๔๐๐บาท) - ค่าอาหารและอาหารว่าง ๑ ครั้ง x ๒๐คน x ๒ วัน x ๑๕๕ บาท (๖,๒๐๐ บาท) - ค่าที่พัก ๑ ครั้ง x ๖ คน x ๓ คืน x ๘๐๐ บาท (๑๔,๔๐๐ บาท) - ค่าเดินทางพื้นที่ ๑ ครั้ง x ๒๐ คน x ๒ เที่ยว x ๕๐๐ บาท (๒๐,๐๐๐บาท)	๓๔,๐๐๐

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย/ กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ประมาณการ	งบประมาณ (บาท)
				- ค่าเดินทางส่วนกลาง ๑ ครั้ง x ๖ คน x ๔,๐๐๐ บาท (๒๔,๐๐๐ บาท)	
	๔.๓ จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้การพัฒนาเครือข่าย เกลือเสริมไอโอดีนยั่งยืน	๑ ครั้ง/๒๐ คน	พ.ค. ๖๒	- ค่าเบี้ยเลี้ยง ๑ ครั้ง x ๒๐ คน x ๒ วัน x ๒๔๐บาท (๙,๖๐๐ บาท) - ค่าอาหารและอาหารว่าง ๑ ครั้ง x ๒๐ คน x ๑ วัน x ๕๕๐ บาท (๑๑,๐๐๐ บาท) - ค่าที่พัก ๑ ครั้ง x ๒๐ คน x ๒ คืน x ๘๐๐ บาท (๓๒,๐๐๐ บาท) - ค่าพาหนะ ๑ ครั้ง x ๒๐ คน x ๒ เที่ยว x ๑,๕๐๐ บาท (๖๐,๐๐๐ บาท) - ค่าวิทยากร ๑ ครั้ง x ๒ คน x ๒ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท (๒,๔๐๐ บาท) - ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เอกสารการประชุม ๒,๑๐๐ บาท	๑๑๗,๑๐๐
๕	ประชาสัมพันธ์ รณรงค์เพื่อ ส่งเสริมการบริโภคเกลือ เสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง ๕.๑ รณรงค์วันไอโอดีน แห่งชาติ (๒๕ มิถุนายน)	๑ ครั้ง	มิ.ย.๖๒	-จ้างจัดงานรณรงค์วันไอโอดีน แห่งชาติ ๒๘๖,๐๐๐ บาท	๒๘๖,๐๐๐
	๕.๒ จัดทำสื่อ สิ่งพิมพ์ สื่อ digital เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ความรอบรู้ เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนใน เด็กวัยเรียนวัยรุ่น, วัย				

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย/ กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	ประมาณการ	งบประมาณ (บาท)
	ทำงาน (วิจัยเรียนรู้),หญิง ตั้งครุฑและหญิงให้นมบุตร ๕.๒.๑ คู่มือการดำเนินงาน ชุมชนหมู่บ้านไอโอดีน ๕.๒.๒ พิมพ์รายงานการ ประชุมคณะกรรมการ ควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน แห่งชาติครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ ๕.๓ จ้างเหมานักโภชนาการ เพื่อค้นคว้า รวบรวม จัดทำ นำเสนอข้อมูล	๑ เรื่อง ๑ เรื่อง ๑ คน	ต.ค.๖๑ ธ.ค.๖๑ ต.ค. ๖๑ – ก.ย. ๖๒	- คู่มือการดำเนินงานชุมชนหมู่บ้าน ไอโอดีน ๑๐๐,๐๐๐ บาท - สิ่งพิมพ์ - รายงานการประชุม คณะกรรมการควบคุมโรคขาดสาร ไอโอดีนแห่งชาติครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ ๑๐๐,๐๐๐ บาท - จ้างเหมานักโภชนาการเพื่อค้นคว้า รวบรวม จัดทำนำเสนอข้อมูล ๑๕๐,๐๐๐ บาท	๑๐๐,๐๐๐ ๑๐๐,๐๐๐ ๑๕๐,๐๐๐
๖	ขับเคลื่อน เยี่ยมเสริมพลัง ติดตามการดำเนินงาน การควบคุมและป้องกัน โรคขาดสารไอโอดีน	๔ ครั้ง	พ.ย.๖๑, ก.ค., ส.ค. ๖๒	- ค่าเบี้ยเลี้ยง ๔ ครั้ง x ๔ คน x ๑๒ วัน x ๒๔๐ บาท (๔๖,๐๘๐ บาท) - ค่าที่พัก ๔ ครั้ง x ๔ คน x ๘ วัน x ๘๐๐ บาท (๑๐๒,๔๐๐ บาท) - ค่าพาหนะ ๔ ครั้ง x ๔ คน x ๒ เที่ยว x ๑,๐๐๐ บาท (๓๒,๐๐๐ บาท) - ค่าน้ำมัน ๔ ครั้ง x ๔,๘๘๐ บาท (๑๙,๕๒๐ บาท)	๒๐๐,๐๐๐
๗	สนับสนุนน้ำเสริมไอโอดีน เข้มข้นและยาวิตามินเสริม ธาตุเหล็กในโครงการ กพด. ๗.๑ จัดทำน้ำเสริมไอโอดีน ๗.๒ ยาวิตามินเสริม ธาตุเหล็ก	๑ รายการ/ ๙,๔๗๑ ขวด ๑ รายการ/ ๗๓๓ ขวด	ธ.ค.๖๑ ธ.ค.๖๑	- จัดทำน้ำเสริมไอโอดีน ๑๕๕,๐๐๐ บาท - ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ๑๐๕,๐๐๐ บาท	๑๕๕,๐๐๐ ๑๐๕,๐๐๐
รวมเป็นเงิน					๒,๘๐๘,๗๕๐

หมายเหตุ ๑. ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายได้ โดยรายการที่ถัวเฉลี่ยต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากหัวหน้าหน่วยงาน

๒. แผนแผนการดำเนินงานและการเบิกจ่ายเงินท้ายโครงการ

๓. แผนแผนบริหารความเสี่ยง (โครงการที่มีงบประมาณตั้งแต่ ๕๐๐,๐๐๐ บาท ขึ้นไป)

๖. งบประมาณ : ๒,๘๐๘,๗๕๐ บาท (สองล้านแปดแสนแปดพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

๗. ระยะเวลาดำเนินการ : ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

๘. พื้นที่เป้าหมาย / สถานที่ดำเนินโครงการ :

กรุงเทพมหานคร และศูนย์อนามัย ๑๒ ศูนย์ (๗๖ จังหวัด ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัย)

๙. กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ร่วมดำเนินการ :

ศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒ สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง นักวิชาการสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๗๖ จังหวัด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ

๑๐. กลุ่มผู้ใช้ประโยชน์ / ผู้รับบริการ (ถ้ามี) : ประชาชนทุกกลุ่มวัย

๑๑. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ :

๑) สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนดีขึ้นจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข

๒) มีระบบควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน โดยให้มีเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพกระจายได้ทั่วถึงและยั่งยืน

๓) ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็กก่อนวัยเรียน และเด็กวัยเรียน ไม่ขาดสารไอโอดีน มีพัฒนาการทั้งสมองและร่างกายอย่างเต็มศักยภาพ

๑๒. ผู้รับผิดชอบโครงการ :

๑) น.ส.สายพิน โชติวิเชียร ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

๒) นางพรเลขา บรรหารศุภวาท หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน กรมอนามัย

๓) น.ส.นันทจิต บุญมงคล นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ

๒) น.ส.ปัทมา ดวงมุสิก นักโภชนาการ

๓) น.ส.หทัยา โหมอ้อ นักโภชนาการ

๕. โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖

แนวทาง : เพิ่มศักยภาพภาคการท่องเที่ยวและการบริการ

กลุ่มโครงการ : โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก

กลางทาง : พัฒนารูปแบบ นวัตกรรมสินค้าและบริการด้านการท่องเที่ยว

กิจกรรม : สร้างมูลค่าเพิ่มและนวัตกรรมการท่องเที่ยวชายทะเลนานาชาติภาคตะวันออก

- พัฒนาศักยภาพการให้บริการด้านอาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมภาคตะวันออกเพื่อตอบสนองนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจภาคตะวันออกโดยมีกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

กลางทาง :

สำนักนายกรัฐมนตรี : องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน

(องค์การมหาชน)

๑. พัฒนาแหล่งท่องเที่ยวภาคตะวันออกสู่ความยั่งยืนตามเกณฑ์การท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนโลก (GSTC)

๒. ส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนในภาคตะวันออก เพื่อรองรับการท่องเที่ยวของคนทั้งมวล (Tourism for All)

๓. สร้างและพัฒนาการสื่อความหมายในพื้นที่ท่องเที่ยวภาคตะวันออก เพื่อยกระดับมาตรฐานการให้บริการด้านการท่องเที่ยวสู่ระดับสากล

ปลายทาง :

๑. กระทรวงคมนาคม

- พัฒนาเส้นทางส่งเสริมการท่องเที่ยวชายทะเล

- พัฒนาคู่มือและให้บริการด้านการท่องเที่ยวในภาคตะวันออก เพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขัน

ด้านการท่องเที่ยวในระดับสากล

๒. กระทรวงสาธารณสุข

- พัฒนาศักยภาพการให้บริการด้านอาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมภาคตะวันออก เพื่อ

ตอบสนองนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจภาคตะวันออก

๖. โครงการยกระดับคุณภาพบริการ และส่งเสริมธุรกิจต่อเนื่องในแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของภาค

๖.๑ โครงการพัฒนาศักยภาพคลินิกบริการทันตกรรมครบวงจรโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

๑) เหตุผลความจำเป็น

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิตั้งขนาด ๕๕๑ เตียง ให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนในจังหวัดภูเก็ต และใกล้เคียง (พังงา กระบี่ ระนอง) มีผู้ป่วยนอกเฉลี่ย ๑๐๐ ราย/วัน มีทันตแพทย์ ๒๖ คน มีทีมทันตแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา เป็นศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงสาขาสุขภาพช่องปาก ด้านทันตกรรมสำหรับเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และในปี ๒๕๖๑ จะเป็นเป็นศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงด้านปากเหง่างเพดานโหว่ และยังเป็นศูนย์ส่งต่อด้านทันตกรรมสำหรับเด็กภายใต้การตมยาสลบและด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก และแมกซิลโลเฟเชียลของเขต ๑๑ รวมทั้งเป็นสถาบันสมทบสาขาทันตกรรมทั่วไปของสถาบันทันตกรรม และหลักสูตรทันตแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียลของมหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตำรวจ และเป็นส่วนหนึ่งในการเรียนการสอนในคลินิกแพทยศาสตรศึกษาของ รพ.วชิระภูเก็ตอีกด้วย ซึ่งการจะเป็นศูนย์เชี่ยวชาญและเป็นสถาบันสมทบที่มีคุณภาพนั้น นอกจากมีทีมบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ จะต้องมีความพร้อมและอุปกรณ์ที่ทันสมัย มีสถานที่รองรับผู้มารับบริการอย่างเพียงพอ เพราะนอกจากการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่แล้ว ยังต้องให้บริการผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากพื้นที่อื่นด้วย การมีสถานบริการทางทันตกรรมที่ทันสมัย สะดวกสบาย มีทีมทันตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญยอมทำให้ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และด้วยความทันสมัย มีภาพลักษณ์ที่ดีนี้ สามารถเพิ่มมูลค่าการรักษายาบาลโดยเป็นสิ่งดึงดูดใจ ผู้มารับบริการที่ต้องการรักษาทางทันตกรรม เพื่อความสวยงาม รวมถึงนักท่องเที่ยวต่างชาติให้มารับบริการในสถานบริการของรัฐสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาล โดยเฉพาะในจังหวัดภูเก็ต ที่มีนักท่องเที่ยวต่างชาติเป็นจำนวนมาก

พื้นที่ปัจจุบันของกลุ่มงานทันตกรรมมีจำกัดคับแคบ ไม่สามารถขยายพื้นที่ได้อีก มียูนิตทันตกรรม เพียง ๑๓ ยูนิต ไม่เพียงพอกับบุคลากรในกลุ่มงาน ส่งผลให้การบริการผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ผู้ป่วยรอนานมาก คิวการรักษาทางทันตกรรมเฉพาะทางนานถึง ๖ เดือน เช่น งานฟันปลอม งานครอบฟัน งานผ่าฟันคุด ทันตกรรมเด็กที่ต้องผ่าตัดภายใต้การตมยาสลบ เป็นต้น นอกจากนี้ด้วยสภาพภายในโอพีดีทันตกรรมในปัจจุบันไม่เอื้อต่อการเพิ่มมูลค่าทางการรักษาเนื่องจากไม่มีความสะดวกสบายและแออัด

๒) วัตถุประสงค์โครงการ (Outcomes)

๒.๑ พัฒนาศักยภาพการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางครบวงจรทุกสาขา

๒.๒ ลดความแออัด และเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชน โดยมีพื้นที่ที่เพียงพอแก่ผู้มารับบริการ

๒.๓ รองรับการเป็นศูนย์ส่งต่อในเขต ๑๑ และเป็นศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงสาขาสุขภาพช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๔ รองรับการเป็นสถาบันสมทบของทันตแพทย์หลังปริญญาของสถาบันต่างๆ

๒.๕ พัฒนาเป็นสถาบันหลักในการเรียนการสอนหลักสูตรทันตแพทย์ประจำบ้าน ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาลรัฐ

๓) เป้าหมายโครงการ (Outputs) อาคารศูนย์ทันตกรรมครบวงจรพร้อมครุภัณฑ์ทางการแพทย์

๔) กลุ่มเป้าหมายโครงการ (Target group) ประชาชนในจังหวัดภูเก็ต / ใกล้เคียง/นานาชาติที่มาท่องเที่ยวในภูเก็ต

๕) ตัวชี้วัดเป้าหมายโครงการ (Outputs) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes)

๕.๑ ตัวชี้วัดเป้าหมายโครงการ (Outputs)

ก่อสร้างอาคารทันตกรรม พร้อมติดตั้งครุภัณฑ์ แล้วเสร็จ ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๕.๒ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes)

- ๑) จำนวนครั้งการส่งต่อออกนอกเขต ๑๑ ของผู้ป่วยทันตกรรม
- ๒) อัตราการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม (>๘๐%)
- ๓) เป็นสถาบันทันตกรรมสมทบของทันตแพทย์หลังปริญญาของสถาบันต่างๆ (๔๐ คน/ปี)
- ๔) ประชาชนในจังหวัดภูเก็ต จังหวัดใกล้เคียงฝั่งอันดามัน มีความพึงพอใจต่อมาตรฐานการดูแล (> ๙๐%)
- ๕) คิวการรักษาทันตกรรมเฉพาะทาง (< ๓ เดือน)
- ๖) รายได้ของจังหวัดภูเก็ตจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (เพิ่มขึ้น)

๖) กิจกรรม – วิธีดำเนินการ (Activity)

ต้นทาง : จัดซื้อ – จัดจ้างครุภัณฑ์ และ ลงนามสัญญาก่อสร้างอาคารทันตกรรม

กลางทาง : เตรียมสถานที่ และติดตั้งครุภัณฑ์ พร้อมเปิดให้บริการ

ปลายทาง : อาคารทันตกรรมที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ

๗) ตัวชี้วัดกิจกรรม

- ๑) อาคารสร้างแล้วเสร็จ พร้อมเปิดให้บริการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด (ปี ๒๕๖๓)
- ๒) ประชาชนในจังหวัดภูเก็ต และจังหวัดใกล้เคียงสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรม (> ๘๐%)
- ๓) ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการทันตกรรม (> ๙๐%)

๘. ระยะเวลาดำเนินโครงการ ๒ ปี เริ่มต้น ตุลาคม ๒๕๖๑ สิ้นสุด กันยายน ๒๕๖๓

๙. งบประมาณ ๙๔,๓๗๓,๐๐๐ บาท

๑๐. สถานที่/พื้นที่ดำเนินการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต

๑๑. หน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

๑๒. ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Impact)

- ๑) การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยทางทันตกรรมเพิ่มมากขึ้น ให้การรักษาได้ครบวงจร
- ๒) ลดการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพที่ ๑๑
- ๓) เป็นสถาบันหลักในการเปิดหลักสูตรทันตแพทย์ประจำบ้านของกระทรวงสาธารณสุข
- ๔) ประชาชนเชื่อมั่นศรัทธา มั่นใจได้ว่าจะได้รับการรักษาที่ดี มีคุณภาพและเหมาะสมที่สุด
- ๕) โรงพยาบาลของรัฐมีภาพลักษณ์ที่ดี ก่อเกิดรายได้เพิ่มมากขึ้น
- ๖) ศูนย์ทันตกรรมเพื่อการท่องเที่ยวในอนาคต
- ๗) รายได้จากการท่องเที่ยวของจังหวัดภูเก็ตเชิงท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น

๖.๒ โครงการพัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร จังหวัดภูเก็ต

งบประมาณ ๑๑,๐๐๓,๐๐๐ บาท

กิจกรรมหลัก :

๑. จัดหาครุภัณฑ์การแพทย์เพื่อพัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร

ประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัดที่ :

๒. การเสริมสร้างศักยภาพคน บนพื้นฐานของสถาบันทางสังคมที่เข้มแข็ง และเสริมสร้างความร่วมมือกับต่างประเทศ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาจังหวัด ให้พร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลง

กลยุทธ์ที่ :

๓. เสริมสร้างขีดความสามารถของจังหวัดในการเป็นศูนย์กลางการพัฒนาในระดับประเทศ และนานาชาติ

หน่วยดำเนินการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

ผู้รับผิดชอบ : นายแพทย์จิรพันธ์ เต็มพันธ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

สถานที่ติดต่อ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต

โทรศัพท์ : ๐๗๖-๒๑๑๓๓๐

ผู้ประสานงานโครงการ : แพทย์หญิงเหมือนแพรว บุญล้อม , ดร.สุวรรณา หล่อโลหการ

๑) หลักการและเหตุผล

๑.๑) ที่มา :

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุสำคัญทางสาธารณสุขระดับต้นของการเสียชีวิต ผู้รอดชีวิตมักสูญเสียสุขภาพ (disability adjusted life year) มาตรฐานทางการรักษาตั้งแต่ระยะเฉียบพลันการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ได้แก่การใช้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้มีอาการภายใน ๓ - ๔.๕ ชั่วโมง การให้ยาต้านเกล็ดเลือดภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วย เฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง สามารถลดอัตราการสูญเสียชีวิต สุขภาวะ และเศรษฐกิจอีกด้วย

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี

ยุทธศาสตร์ชาติที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงในด้านการพัฒนาการสาธารณสุขทางทะเล

ยุทธศาสตร์ชาติที่ ๒ : ยุทธศาสตร์การสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน

๑) ด้านการพัฒนาภาคการผลิตและบริการโดยการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวพลักดันประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพและส่งเสริมธุรกิจบริการที่มีศักยภาพ

๒) การเชื่อมโยงกับภูมิภาคและเศรษฐกิจโลกโดยส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นฐานของการประกอบธุรกิจการให้บริการทางการศึกษา การให้บริการด้านการเงินการให้บริการด้านสุขภาพ การให้บริการด้านโลจิสติกส์และการลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนา รวมทั้งเป็นฐานความร่วมมือในเอเชีย

ยุทธศาสตร์ชาติที่ ๓ : ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (ยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับภาค เมืองฯ)

ยกระดับรายได้จากการท่องเที่ยวให้เติบโตอย่างต่อเนื่อง และกระจายรายได้จากการท่องเที่ยวสู่พื้นที่เชื่อมโยงรวมทั้งชุมชนและท้องถิ่นอย่างทั่วถึงสนับสนุนให้จังหวัดภูเก็ต เป็นแหล่งสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องที่ค้ำประกันถึงขีดความสามารถในการรองรับได้ของพื้นที่

ยุทธศาสตร์กลุ่มจังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพด้านการท่องเที่ยวให้มีมาตรฐานอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์จังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การเสริมสร้างเศรษฐกิจที่เข้มแข็งบนฐานการท่องเที่ยวและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน เพื่อรองรับการพัฒนาในระดับนานาชาติ

นโยบายสำคัญ หรือ อื่นๆ ฯลฯ

นโยบาย Thailand ๔.๐ : การขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรมด้านสาธารณสุข สุขภาพ และ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health, Wellness & Bio-Med)

๑.๒) สภาพปัญหา / ความต้องการ : (ระบุสภาพปัญหาความเดือดร้อนความต้องการของกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชน)

โรงพยาบาลป่าตองเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียงตั้งอยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยว บริการฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง มีหน้าที่ดูแลสุขภาพในกลุ่มประชากรหลากหลายจำนวนมาศาลตั้งแต่ประชาชนพื้นเพ ประชากรแฝงทั้งไทย ต่างชาติและแรงงานต่างด้าว นักท่องเที่ยวไทยและเทศ เดิมผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้าจากความไม่พร้อมของโรงพยาบาลป่าตองเองจำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัด ด้วยภารกิจดังกล่าวโรงพยาบาลจึงพัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจรขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะวิกฤต ระยะเรื้อรังเข้าถึงบริการรวดเร็วทันที รักษาตามมาตรฐานครบวงจรต่อเนื่องถึงที่บ้านโดยแพทย์และทีมผู้เชี่ยวชาญ ลดอัตราการเสียชีวิตและส่งเสริมสุขภาพภาวะตามอัตภาพที่เหลื่อ และเป็นต้นแบบโรงพยาบาลในพื้นที่ท่องเที่ยวอีกด้วย

๑.๓) ความเร่งด่วน : (ระบุระดับความจำเป็นเร่งด่วนและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากไม่ดำเนินโครงการ)

ด้วยเส้นทางการคมนาคมที่คดเคี้ยว ลาดชัน และอันตราย เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย โรงพยาบาลป่าตองเป็นเพียงโรงพยาบาลเดียวในพื้นที่ป่าตอง การรองรับอุบัติเหตุในแต่ละครั้ง มีผู้เข้ารับบริการจำนวนหลายสิบลาย บางครั้งหลายร้อยรายในเวลาเดียวกันจากกรณีภัยพิบัติสึนามิปี ๒๕๔๗ ภัยได้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลให้การบริการ การแพทย์ไม่เต็มประสิทธิภาพ อีกรการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปเข้าถึงการรักษายังล่าช้า และเสี่ยงอันตรายระหว่างเดินทางไปโรงพยาบาลจังหวัด อาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์การดูแลสุขภาพนักท่องเที่ยวด้านการแพทย์ เศรษฐกิจภาพรวมของจังหวัดและประเทศอีกด้วย

๒) ข้อมูลทั่วไปของโครงการ

๒.๑) วัตถุประสงค์ของโครงการ : (ระบุข้อความที่กำหนดสภาพของจุดหมายที่ต้องการบรรลุผลของโครงการ โดยระบุกลุ่มเป้าหมาย สิ่งที่ต้องการบรรลุ และแนวทางการดำเนินงาน)

- ๑) พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามมาตรฐานการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
- ๒) เพิ่มการเข้าถึงบริการ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู
- ๓) ลดความล่าช้า ความแออัดในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด
- ๔) เพิ่มประสิทธิผลการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

๒.๒) ความสอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัด

ประเด็นยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ

- การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจพื้นฐาน เพื่อยกระดับรายได้ พัฒนาการค้าการท่องเที่ยวและบริการของจังหวัด
- การเสริมสร้างคุณภาพชีวิต สร้างความมั่นคงของประชาชน ตลอดจนการบำรุงศาสนา และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม

- การอนุรักษ์ ป้องกัน และควบคุมการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม
- การป้องกัน ปราบปราม และสร้างระบบการรักษาความมั่นคงของประเทศ
- การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

๒.๓) ลักษณะโครงการ

- การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ การพัฒนาด้านสังคม ด้านการบริหารจัดการ
- การบริหารจัดการด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- การรักษาความมั่นคงและความสงบ

๒.๔) สถานภาพของโครงการ

- โครงการเดิม โครงการใหม่

๒.๕) ประเภทของโครงการ

- พัฒนา ดำเนินการปกติ

๓) กลุ่มเป้าหมาย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๓.๑) กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรทางการแพทย์จังหวัดภูเก็ต เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลป่าตอง ประชาชนจังหวัดภูเก็ต ประชาชนที่มาประกอบอาชีพ นักท่องเที่ยวไทยและต่างประเทศ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน และแรงงานต่างด้าว

๓.๒) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย : -

๔) เป้าหมาย ผลลัพธ์ และผลกระทบโครงการ

๔.๑) เป้าหมายโครงการ ระบุตัวชี้วัดความสำเร็จ พร้อมเป้าหมายตามตัวชี้วัดในแต่ละปี

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ปี ๒๕๖๒ แผน	ปี ๒๕๖๓ แผน	ปี ๒๕๖๔ แผน
(๑) อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีอาการภายใน ๗ วัน น้อยกว่าร้อยละ ๘	ร้อยละ	๘	๖	๔
(๒) อัตราผู้ป่วยที่มีอาการภายใน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการดูแลรักษาใน stroke unit มากกว่าร้อยละ ๖๐	ร้อยละ	๖๐	๘๐	๙๐
(๓) อัตราการส่งต่อด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ลดลงร้อยละ ๕๐	ร้อยละ	๕๐	๖๐	๗๐
(๔) อัตราผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวในด้านการรักษาฟื้นฟูและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่เหมาะสม ก่อนจำหน่าย มากกว่าร้อยละ ๘๐	ร้อยละ	๘๐	๙๐	๑๐๐

๔.๒) ผลผลิต / ผลลัพธ์ :

๑) พัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดภูเก็ตแบบครบวงจร โดยระบบบริการstroke fast track ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้ นำรูปแบบการพัฒนาไปใช้ในการพัฒนาเครือข่ายอื่นๆ ได้

๒) ระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลป่าตองมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน มีผลการรักษาที่ดี

๔.๓) ผลกระทบ : (ระบุผลที่ตามมาจากการดำเนินโครงการ การใช้ประโยชน์โครงการ ที่เกิดกับกลุ่มเป้าหมายและมีใช้กลุ่มเป้าหมาย และผลกระทบที่เกิดกับโครงการ/กิจกรรมอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว)

เชิงบวก : เสริมสร้างขีดความสามารถของจังหวัดในการเป็นศูนย์กลางการพัฒนาการรักษาพยาบาลและความปลอดภัย เป็นเมืองแห่งความทันสมัย การบริหารจัดการระบบสุขภาพที่มีมาตรฐานนำไปสู่ การพัฒนาเป็นเมืองศูนย์กลางของสภาหรือศูนย์กลางการช่วยเหลือทางการแพทย์ด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว และเป็นต้นแบบโรงพยาบาลในพื้นที่ท่องเที่ยวอีกด้วย

เชิงลบ : -

๕) แนวทางการดำเนินการ

๕.๑) กิจกรรมที่ดำเนินการ (แสดงรายละเอียดกิจกรรมที่จะทำภายใต้โครงการที่จังหวัดเสนอขอ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระยะเวลาที่จะเริ่มดำเนินงานของแต่ละกิจกรรมสำคัญด้วย)

กิจกรรมที่สำคัญ	ระยะเวลาที่จะเริ่มดำเนินการ			
	ก.ย. - ธ.ค. ๖๐	ม.ค. - มี.ค. ๖๑	เม.ย. - มิ.ย. ๖๑	ก.ค. - ก.ย. ๖๑
๑. จัดหาครุภัณฑ์การแพทย์เพื่อพัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร	✓	✓	✓	✓

๕.๒ รายละเอียดกิจกรรมและงบประมาณ

กิจกรรม/รายละเอียดค่าใช้จ่าย	งบประมาณ
๑. จัดหาครุภัณฑ์การแพทย์เพื่อพัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร	
งบลงทุน	
- ค่าครุภัณฑ์	
(๑) ๙๕.เครื่องควบคุมการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ ชนิด ๑ สาย (Infusion pump) จำนวน ๘ เครื่อง	๔๘๐,๐๐๐
(๒) ๙๗.เครื่องควบคุมการให้สารละลายโดยใช้กระบอกฉีด (Syringe pump) จำนวน ๘ เครื่อง	๔๔๐,๐๐๐
(๓) ๑๐๙.เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร และความดันเคลื่อนย้าย Transport ventilator จำนวน ๔ เครื่อง	๑,๘๐๐,๐๐๐
(๔) ๑๒๘.เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง(EEG) จำนวน ๑ เครื่อง	
(๕) ๑๓๗.เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจชนิดไบเฟลิกพร้อมภาควัดคาร์บอนไดออกไซด์และออกซิเจน Defib+AED Monitor ECG EtCO ₂ SpO ₂ จำนวน ๑ เครื่อง	๑,๕๐๐,๐๐๐
(๖) ๑๔๔.เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพร้อมระบบประมวลผลจัดเก็บภาพ Dicom หรือส่งเข้าระบบ PACs จำนวน ๑ เครื่อง	๑๕๐,๐๐๐

กิจกรรม/รายละเอียดค่าใช้จ่าย	งบประมาณ
(๗) ๑๕๒.เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ ระบบรวมศูนย์ไม่น้อยกว่า ๔ เตียง Central ๖ parameter Monitor ECG IBP SpO ₂ PCO ₂ ๔ Beds จำนวน ๑ ชุด	๒,๐๐๐,๐๐๐
(๘) ๑๕๖.เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพอัตโนมัติ เคลื่อนย้ายได้ Monitor ECG NIBP SpO ₂ EtCO ₂ จำนวน ๔ เครื่อง	๑,๑๒๐,๐๐๐
(๙) ๑๗๓.เครื่องช่วยพุงตัวแบบมีรางเลื่อน จำนวน ๑ ชุด	๕๒๐,๐๐๐
(๑๐) ๑๘๐.จักรยานไฟฟ้าออกกำลังกาย Ergonomic cycling จำนวน ๑ ชุด	๕๔,๐๐๐
(๑๑) เตียงออกกำลังกาย Suspension set จำนวน ๑ ชุด	๕๙,๐๐๐
(๑๒) ๒๓๕.เครื่องควบคุมอุณหภูมิร่างกาย Hypohyperthermia สำหรับผู้ใหญ่ จำนวน ๑ ชุด	๑,๕๐๐,๐๐๐
(๑๓) ๔๐๙.เตียงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยปรับระดับไฮดรอลิกพร้อมเอกซเรย์ผ่านได้ (Strecher hydrolic x ray) จำนวน ๒ ชุด	๒๒๐,๐๐๐
(๑๔) ๔๒๔.เตียงผู้ป่วยไฟฟ้าสำหรับไอซียูปรับด้วยไฟฟ้าชนิด ๔ มอเตอร์ จำนวน ๔ ชุด	๕๒๐,๐๐๐
(๑๕) ๔๘๔.รถเข็นชุดอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน Emergency cart จำนวน ๒ ชุด	๑๖๐,๐๐๐

๖) วิธีการดำเนินงาน

 ดำเนินการเอง จ้างเหมา

๗) วงเงินของโครงการ จำนวน ๑๑,๐๐๓,๐๐๐ บาท

ลำดับ	รายการ	อัตราหรือราคา ต่อหน่วย (บาท/หน่วย)	จำนวน (หน่วย)	งบประมาณ (บาท)	นอก งบประมาณ (บาท)
(๑)	(๒)	(๓)	(๔)	= (๓) x (๔)	= (๓) x (๔)
รวมทั้งสิ้น ๑๑,๐๐๓,๐๐๐ บาท					
	๑.งบลงทุน				
	๑.๑ ค่าครุภัณฑ์การแพทย์				
	(๑) ๙๕.เครื่องควบคุมการให้สารน้ำและยาทาง หลอดเลือดดำ ชนิด ๑ สาย (Infusion pump)	๖๐,๐๐๐	๘	๔๘๐,๐๐๐	
	(๒) ๙๗.เครื่องควบคุมการให้สารละลายโดยใช้ กระบอกฉีด (Syringe pump)	๕๕,๐๐๐	๘	๔๔๐,๐๐๐	
	(๓) ๑๐๙.เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร และความดันเคลื่อนย้าย Transport ventilator	๔๕๐,๐๐๐	๔	๑,๘๐๐,๐๐๐	
	(๔) ๑๒๘.เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG)	๑,๕๐๐,๐๐๐	๑	๑,๕๐๐,๐๐๐	

ลำดับ	รายการ	อัตราหรือราคา ต่อหน่วย (บาท/หน่วย)	จำนวน (หน่วย)	งบประมาณ (บาท) =(๓)×(๔)	นอก งบประมาณ (บาท) =(๓)×(๔)
(๑)	(๒)	(๓)	(๔)	=(๓)×(๔)	=(๓)×(๔)
	(๕) ๑๓๗.เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจชนิดไบเฟสสิค พร้อมภาควัดคาร์บอนไดออกไซด์และออกซิเจน Defib+AED Monitor ECG EtCO ₂ SpO ₂	๔๘๐,๐๐๐	๑	๔๘๐,๐๐๐	
	(๖) ๑๔๔.เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพร้อมระบบประมวลผลจัดเก็บภาพDicom หรือส่งเข้าระบบ PACs	๑๕๐,๐๐๐	๑	๑๕๐,๐๐๐	
	(๗) ๑๕๒.เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพระบบรวมศูนย์ไม่น้อยกว่า ๔ เตียง Central ๖ parameter Monitor ECG IBP SpO ₂ PCO ₂ ๔ Beds	๒,๐๐๐,๐๐๐	๑	๒,๐๐๐,๐๐๐	
	(๘) ๑๕๖.เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพอัตโนมัติ เคลื่อนย้ายได้ Monitor ECG NIBP SpO ₂ EtCO ₂	๒๘๐,๐๐๐	๔	๑,๑๒๐,๐๐๐	
	(๙) ๑๗๓.เครื่องช่วยพยุงตัวแบบมีรางเลื่อน	๕๒๐,๐๐๐	๑	๕๒๐,๐๐๐	
	(๑๐) ๑๘๐.จักรยานไฟฟ้าออกกำลังกาย Ergonomic cycling	๕๔,๐๐๐	๑	๕๔,๐๐๐	
	(๑๑) เตียงออกกำลังกาย Suspension set	๕๙,๐๐๐	๑	๕๙,๐๐๐	
	(๑๒) ๒๓๕.เครื่องควบคุมอุณหภูมิร่างกาย Hypohyperthermia สำหรับผู้ใหญ่	๑,๕๐๐,๐๐๐	๑	๑,๕๐๐,๐๐๐	
	(๑๓) ๔๐๙.เตียงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยปรับระดับ ไฮดรอลิคพร้อมเอกซเรย์ผ่านได้(Strecher hydrolic x ray)	๑๑๐,๐๐๐	๒	๒๒๐,๐๐๐	
	(๑๔) ๔๒๔.เตียงผู้ป่วยไฟฟ้าสำหรับไอซียูปรับด้วยไฟฟ้าชนิด ๔ มอเตอร์	๑๓๐,๐๐๐	๔	๕๒๐,๐๐๐	
	(๑๕) ๔๘๔.รถเข็นชุดอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน Emergency cart	๘๐,๐๐๐	๒	๑๖๐,๐๐๐	

๘) ความพร้อมของโครงการ

๘.๑) พื้นที่ดำเนินโครงการ



ดำเนินการได้ทันที หมายถึง ได้ศึกษาความเหมาะสมและกำหนดพื้นที่ดำเนินการ หรือได้รับอนุญาตตามกฎหมายแล้ว และสามารถดำเนินการได้ทันที

อยู่ในระหว่างเตรียมการ หมายถึง ได้ศึกษาความเหมาะสมและกำหนดพื้นที่ดำเนินการแล้ว อยู่ในระหว่างจัดเตรียมพื้นที่ หรือกำลังแก้ไขปัญหา / อุปสรรคต่าง ๆ หรือเตรียมการขออนุญาตตามกฎหมาย

อยู่ในระหว่างศึกษาความเหมาะสม และคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ

๘.๒) แบบรูปรายการ / แผนการปฏิบัติงาน

มี และสมบูรณ์ (ให้ระบุชื่อหน่วยงานเจ้าของรูปแบบรายการที่ใช้)

มีแต่ยังไม่สมบูรณ์ (ให้ระบุชื่อหน่วยงานเจ้าของรูปแบบรายการที่ใช้)....

ไม่มี

๘.๓) ความพร้อมของบุคลากร เครื่องมือ และเทคนิคการดำเนินการ

บุคลากรมีประสบการณ์ ทั้งหมด

บางส่วน

ไม่มีประสบการณ์

เครื่องมือดำเนินการ

มีพร้อมดำเนินการได้ทันที

มีบางส่วนและต้องจัดหาเพิ่มเติม

ไม่มี ต้องจัดหาเพิ่มเติม

เทคนิคในการบริหารจัดการ มีประสบการณ์สูง

มีประสบการณ์ปานกลาง

ไม่มีประสบการณ์

๘.๔) ผลกระทบสิ่งแวดล้อม

ผ่านคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติแล้ว

อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ

คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติยังไม่พิจารณา

๘.๕) รายงานการศึกษาความเหมาะสม (FS)

ไม่ต้องทำรายงานการศึกษา

ต้องทำรายงานการศึกษา

๙) วิธีการบริหารจัดการหรือการดูแลบำรุงรักษา เมื่อโครงการแล้วเสร็จ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของโครงการ :

๙.๑) ใช้การบริหารแบบ One Region One Management โดยโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ตเป็นแม่ข่าย ร่วมกับโรงพยาบาลป่าตอง โรงพยาบาลถลาง สนับสนุนการดูแลบำรุงรักษา การกำกับติดตาม

๙.๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต บริหารจัดการในภาพรวมระดับจังหวัดเพื่อสนับสนุนการดำเนินการทางวิชาการ ควบคุมกำกับดูแล และกำกับมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

๙.๓) มีการจัดเก็บ ดูแล รักษา และฆ่าเชื้อโรคตามมาตรฐานการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ และการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ มีการจัดทำทะเบียน บันทึก การใช้งาน ควบคุมดูแลการใช้งาน การทำความสะอาด และการดูแลรักษาอุปกรณ์

๑๐) ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัด :

๑๐.๑) ขาดการเข้าถึงข้อมูลบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่มีการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถเพิ่มมากขึ้น ทำให้มุ่งหน้าไปใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์จังหวัด ทำให้เกิดความแออัด และบางครั้งสูญเสียการได้รับบริการทันที่จากการรอคอย โดยเฉพาะคิวผ่าตัด

๑๐.๒) การลงทุนพัฒนาภาครัฐ และเอกชน ขาดความเชื่อมโยง และส่งเสริม ต่อยอด การใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างภาครัฐ เอกชน มีน้อยไม่มี

๑๑) แนวทางแก้ไข : (ระบุแนวทางแก้ไข เช่น แก้ไขกฎหมาย ปรับโครงสร้างหน่วยงาน ปรับกลยุทธ์)

๑๑.๑) โรงพยาบาลต้องปรับกลยุทธ์เพิ่มการประชาสัมพันธ์และเข้าถึงประชาชนเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาแก่ประชาชน เข้ารับบริการใกล้บ้าน และสร้างภาพลักษณ์ในการให้บริการที่ได้มาตรฐานสากล

๑๑.๒) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกำหนดแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาตามแผนพัฒนาสุขภาพของจังหวัดยกระดับภูเก็ตเป็นเมืองสุขภาพนานาชาติ และจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อการบรรลุเป้าหมายอย่างมีทิศทาง ขับเคลื่อนไปพร้อมๆ กัน

๑๑.๓) โรงพยาบาลชุมชน เพิ่มศักยภาพในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วย ระดับ ทุตติยภูมิ

แบบสรุปโครงการแบบย่อ (Project idea)

ประเด็นยุทธศาสตร์จังหวัด : ๒ การเสริมสร้างศักยภาพคน บนพื้นฐานของสถาบันทางสังคมที่เข้มแข็ง และเสริมสร้างความร่วมมือกับต่างประเทศ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาจังหวัด ให้พร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลง

กลยุทธ์ ๓ : เสริมสร้างขีดความสามารถของจังหวัดในการเป็นศูนย์กลางการพัฒนาในระดับประเทศ และนานาชาติ

ชื่อโครงการ	พัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร จังหวัดภูเก็ต
๑. ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease Stroke) เป็นโรคทางระบบ ประสาทที่พบบ่อยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุสำคัญทางสาธารณสุขระดับต้นของการเสียชีวิต ผู้รอดชีวิตมักสูญเสียสุขภาพ (disability adjusted life year) มาตรฐานทางการรักษาตั้งแต่ระยะเฉียบพลันการตรวจวินิจฉัย การรักษายาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ได้แก่การใช้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้มีอาการภายใน ๓ - ๔.๕ ชั่วโมง การให้ยาต้านเกล็ดเลือดภายใน ๔๘ ชั่วโมง หลังเกิดอาการ และการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง สามารถลดอัตราการสูญเสียชีวิต สุขภาพ และเศรษฐกิจอีกด้วย โรงพยาบาลป่าตองเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียงตั้งอยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยว บริการฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง มีหน้าที่ดูแลสุขภาพใน

ชื่อโครงการ	พัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร จังหวัดภูเก็ต
	<p>กลุ่มประชากรหลากหลายจำนวนมากตั้งแต่ประชาชนพื้นเพ ประชากรแฝงทั้งไทย ต่างชาติและแรงงานต่างด้าว นักท่องเที่ยวไทยและเทศ เดิมผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้าจากความไม่พร้อมของโรงพยาบาล ป่าตองเองจำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัด ด้วยภารกิจดังกล่าวโรงพยาบาลจึงพัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจรขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะวิกฤต ระยะเรื้อรังเข้าถึงบริการ รวดเร็วทันที่ รักษาตามมาตรฐานครบวงจรต่อเนื่องถึงที่บ้านโดยแพทย์ และทีมผู้เชี่ยวชาญ ลดอัตราการเสียชีวิตและส่งเสริมสุขภาพภาวะตาม ออโตภาพที่เหลือ และเป็นต้นแบบโรงพยาบาลในพื้นที่ท่องเที่ยวอีกด้วย</p>
<p>๒. วัตถุประสงค์ของโครงการ</p>	<p>(๑) พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามมาตรฐานการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (๒) เพิ่มการเข้าถึงบริการ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู (๓) ลดความล่าช้า ความแออัดในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด (๔) เพิ่มประสิทธิผลการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง</p>
<p>๓. ผลผลิต และผลลัพธ์ของโครงการ</p>	<p>ผลผลิต</p> <p>(๑) จำนวนผู้ป่วยรับบริการระบบ stroke fast track (๒) หอผู้ป่วยที่มีมาตรฐานเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) (๓) ทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านการอบรมหลักสูตร การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑๐๐% (๔) มีข้อมูลพื้นฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการวัดผล (๕) มีบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจเพิ่มเติมที่จำเป็นตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน (๖) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ (๗) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลันทุกรายโดยรับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๓ - ๔.๕ ชั่วโมงหลังมีอาการ (๘) ให้ความรู้ คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลรวมถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ให้สามารถดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ (๙) ฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัดหรือแก้ไขการพูด</p> <p>ผลลัพธ์</p> <p>(๑) พัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลในจังหวัดภูเก็ตแบบครบวงจร โดยระบบบริการ Stroke fast track ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้ นำรูปแบบการพัฒนาไปใช้ในการพัฒนาเครือข่ายอื่นๆได้ (๒) พัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน รวดเร็ว มีผลการรักษาที่ดี</p>

ชื่อโครงการ	พัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร จังหวัดภูเก็ต
๔. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	<p>(๑) อัตราผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (anti platelet) เพื่อการรักษาภายใน ๔๘ ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการ กรณีไม่มีข้อห้าม มากกว่าร้อยละ ๗๐</p> <p>(๒) อัตราการส่งต่อด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ลดลงร้อยละ ๕๐</p> <p>(๓) อัตราผู้ป่วยที่มีอาการภายใน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการดูแลรักษาใน stroke unit มากกว่าร้อยละ ๖๐</p> <p>(๔) อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ขณะจำหน่าย (discharge) มากกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>(๕) อัตราผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวในด้านการรักษาฟื้นฟูและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่เหมาะสม ก่อนจำหน่าย มากกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>(๖) อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีอาการภายใน ๗ วัน น้อยกว่าร้อยละ ๘</p>
๕. ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์จังหวัดและนโยบายอื่นๆ	๓.๑๕ การพัฒนาเป็นเมืองศูนย์กลางของสปาหรือศูนย์กลางการช่วยเหลือทางการแพทย์ด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว
๖. ระยะเวลา	ตุลาคม ๒๕๖๑ – กันยายน ๒๕๖๒
๗. กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ กิจกรรมที่ ๑	<p>๑. จัดทำคู่มือการแพทย์เพื่อการพัฒนาบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการแต่งตั้งคณะกรรมการให้บริการ Stroke fast track และคณะกรรมการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรในปี ๒๕๖๑ - พัฒนาเครือข่ายการให้บริการโรคหลอดเลือดสมอง และ Stroke fast track ในจังหวัดภูเก็ตและเขตพื้นที่การรับผิดชอบของ สปสช เขต ๑๑ - พัฒนาองค์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองต่อบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้และระบบการให้บริการ Stroke fast track - จัดทำสื่อการให้ความรู้เรื่องหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย บุคลากรและประชาชนทั่วไป การรณรงค์ให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูร่างกาย การเข้าถึงระบบการให้บริการ Stroke fast track จัดทำปฏิทินและเอกสารความรู้ เพื่อแจกต่อ ประชาชน - จัดทำแนวทางมาตรฐานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด rtPA การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งต่อและรับกลับ - กิจกรรมวิชาการประจำปี เพื่อเป็นการเผยแพร่องค์ความรู้และสร้างองค์ความรู้ใหม่

ชื่อโครงการ	พัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร จังหวัดภูเก็ต
	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมพัฒนาเครือข่ายการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองกับพื้นที่การให้บริการของ สปสช เขต ๑๑ เพื่อเป็นการขยายพื้นที่การให้บริการและเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลในเขต ๑๑ เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสของประชาชนในการรับบริการการรักษา Stroke fast track - จัดระบบการให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลแม่ข่ายต่อลูกข่าย โดยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้โดยตรงกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
งบประมาณ ผู้รับผิดชอบ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	๑๑,๐๐๓,๐๐๐ บาท สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต โรงพยาบาลป่าตอง

๖.๓ โครงการเมืองบริการทางการแพทย์ระดับนานาชาติ (International Medical city)

๑) เหตุผลความจำเป็น

ภูเก็ตเมืองนานาชาติ ที่มีความสามารถในการแข่งขันสูง สามารถสร้างรายได้ทางด้านบริการทางการแพทย์เชิงท่องเที่ยวจากภายในและภายนอกประเทศ ปีละ ๔,๐๐๐ - ๕,๐๐๐ ล้านบาท มีสถานที่ท่องเที่ยวสวยงามระดับโลก มีนักท่องเที่ยวปีละ ๑๔ - ๑๕ ล้านคน และมีสถานพยาบาล ที่มีศักยภาพสูงทั้งภาครัฐ และเอกชน อาทิ ภาครัฐ : รพศ.วชิระภูเก็ต, รพ.ป่าตอง, รพ.กลางภาคเอกชน : รพ.กรุงเทพภูเก็ต, รพ.มิชชั่น, รพ.สิริโรจน์, รพ.ดีบุก ส่วนท้องถิ่น : รพ.อบจ. พร้อมให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่นักท่องเที่ยวทั้งคนไทยและต่างชาติหลากหลายสาขา และรูปแบบ มีบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีความเป็นเลิศ ในด้านต่างๆมากมาย อาทิ ๑. หัวใจและหลอดเลือด ๒. การเปลี่ยนอวัยวะ ๓. อุบัติเหตุ ๔. การผ่าตัดโรคอ้วน ๕. spine center ๖. ไต ๗. ศูนย์ส่องกล้องทางเดินหายใจ ๘. ศูนย์ผ่าตัดสมอง ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงการรักษาพยาบาลมีราคาที่เหมาะสม เมื่อเทียบกับคุณภาพในการรักษามีบริการที่ถูกต้องตามหลักศานามีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูง และทันสมัยรวมถึงการสร้างเชื่อมั่น ด้านความปลอดภัยให้กับนักท่องเที่ยวทางทะเล มีการบูรณาการความร่วมมือเชื่อมโยงกับการท่องเที่ยว และการกีฬาแต่ยังมีจุดที่จะต้องพัฒนา ในส่วนของระบบการให้บริการช่องทางด่วน (Fast track) การอำนวยความสะดวกในบริการที่เพิ่มค่าให้เบ็ดเสร็จในจุดเดียว ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ นโยบาย Thailand ๔.๐ จังหวัดภูเก็ตจำเป็นต้องยกระดับคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนสู่การเป็นเมืองการแพทย์นานาชาติ (International Medical city)

๒) วัตถุประสงค์โครงการ (Outcomes)

๒.๑) พัฒนาเมืองภูเก็ตให้เป็นศูนย์กลางการบริการทางการแพทย์มูลค่าสูงเชื่อมโยงการท่องเที่ยวนานาชาติ International medical Hub World Class destination ที่มีมูลค่าทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๒.๒) เพื่อเสริมสร้างความพร้อมของระบบโครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยี วิทยาการทางการแพทย์และระบบบริการทางการแพทย์รองรับการจัดบริการทางแพทย์ระดับนานาชาติ

๓) เป้าหมายโครงการ (Outputs)

- ๓.๑) จำนวนนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ : จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ คน
- ๓.๒) จังหวัดภูเก็ตมีรายได้ทางด้านบริการทางการแพทย์เชิงท่องเที่ยว :
ไม่น้อยกว่า ๕,๐๐๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท ต่อปี

๔) กลุ่มเป้าหมายโครงการ (Target group)

นักท่องเที่ยวจากนานาชาติ และประชาชนในจังหวัดภูเก็ตและจังหวัดใกล้เคียง

๕) ตัวชี้วัดเป้าหมายโครงการ (Outputs) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes)

ตัวชี้วัดเป้าหมายโครงการ (Outputs)

๑. จังหวัดภูเก็ตมีศูนย์อภิบาลสุขภาพผู้สูงอายุนานาชาติ
๒. ศูนย์การแพทย์และสาธารณสุขระดับนานาชาติครบวงจร
๓. Vachira Phuket Hospital @ Airport
๔. ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสาธารณสุขทางทะเล ที่ได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes)

๑. ร้อยละของนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
๒. จำนวนรายได้ของจังหวัดภูเก็ตด้านบริการทางการแพทย์เชิงท่องเที่ยว

๖) กิจกรรม – วิธีดำเนินการ (Activity)

ต้นทาง

- ๑) จัดสร้างศูนย์อภิบาลสุขภาพผู้สูงอายุนานาชาติ (Premium Long Term Care)
 - ๑.๑) พัฒนาทักษะ Caregiver (จัดอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับ Premium

Long Term Care)

- ๒) จัดสร้างศูนย์การแพทย์และสาธารณสุขระดับนานาชาติครบวงจร (International Medical

Plaza)

- ๒.๑) รั้วคอนกรีตความยาว ๓๑๑๒.๐๓ เมตร
- ๒.๒) ถนนคอนกรีตพร้อมท่อเหลี่ยม ภายในโครงการ จำนวน ๘๑๘๐ ตารางเมตร

ปลายทาง

- ๓) จัดสร้างศูนย์บริการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพแบบครบวงจร
 - ๓.๑) Vachira Phuket Hospital @ Airport) (รพ.วชิระภูเก็ตส่วนหน้า)
- ๔) การพัฒนาสาธารณสุขทางทะเล เพื่อการท่องเที่ยวนานาชาติ
 - ๔.๑) Marine Public Health
 - ๔.๒) Maritime Public Health Volunteer (พัฒนาทักษะ)
- ๕) พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อการท่องเที่ยวปลอดภัย
 - ๕.๑) ระบบ Advance Telemedicine
 - ๕.๒) Health Management Cockpit
 - ๕.๓) Smart Emergency Service
 - ๕.๔) พัฒนาทักษะผู้ให้บริการ และอาสาสมัคร/จิตอาสา (ต้นทาง)
 - ๕.๕) พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร จังหวัดภูเก็ต (ต้นทาง)

๗) ตัวชี้วัดกิจกรรม

- ๗.๑) จำนวนผู้เข้าร่วมอบรมพัฒนาทักษะ Caregiver ๒๐๐ คน
- ๗.๒) ปรับพื้นที่เพื่อจัดสร้างศูนย์การแพทย์และสาธารณสุขระดับนานาชาติครบวงจรแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ๗.๓) เปิดให้บริการศูนย์บริการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพแบบครบวงจร (รพ.วชิระภูเก็ตส่วนหน้า) ที่สนามบินนานาชาติภูเก็ต
- ๗.๔) จำนวนผู้เข้าร่วมอบรมพัฒนาทักษะผู้ให้บริการ และอาสาสมัคร/จิตอาสา ในการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน (๑๐๐๐ คน/ปี)
- ๘) ระยะเวลาดำเนินโครงการ ๓ ปี เริ่มต้นเดือนตุลาคม ๒๕๖๒ สิ้นสุดเดือนกันยายน ๒๕๖๔
- ๙) งบประมาณ ๑๕๘,๕๕๗,๐๐๐ บาท
- ๑๐) สถานที่/พื้นที่ดำเนินการ : โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต และ
: สวนป่าบางขุน ตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต
- ๑๑) หน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการ :
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต
- ๑๒) ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Impact)
บริการทางการแพทย์มูลค่าสูงที่เชื่อมโยงกับโรงแรม และสถานประกอบการโปรแกรมทัวร์สุขภาพนานาชาติ, international calm/Refer, Convenience Long Term Care, medical plaza, international Medical Excellence, Marine Public Health, Public health volunteer

๖.๔ โครงการพัฒนาศักยภาพศูนย์เวชศาสตร์ใต้น้ำชายฝั่งอันดามัน

๑) เหตุผลความจำเป็น

ภาคใต้ของไทยฝั่งอันดามันมีทรัพยากรธรรมชาติใต้ท้องทะเลที่สวยงาม ในแต่ละปีมีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาตินิยมมาท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก และยังเป็นแหล่งประกอบอาชีพที่สำคัญทางทะเลการทำประมงพื้นบ้าน การดำน้ำลึกจับสัตว์ทะเลเพื่อยังชีพของนักดำน้ำพื้นเมือง(ชาวไทยใหม่) ธุรกิจท่องเที่ยวประกอบการร้านดำน้ำ การปฏิบัติงานใต้น้ำของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและเอกชน อาทิ งานสำรวจแท่นขุดเจาะน้ำมันในทะเล การวางทุ่นในทะเล การดำน้ำกำจัดสิ่งกีดขวางใต้เขื่อน เป็นต้น เหล่านี้เป็นกิจกรรมที่กระทำภายใต้ความกดบรรยากาศสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการลดความกดอากาศ หรือโรคน้ำหนึบ อีกทั้งรัฐบาลไทยมีนโยบายพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขไทยให้ได้มาตรฐาน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้บริการด้านสุขภาพและการบริการทางการแพทย์อย่างบูรณาการในการเพิ่มความปลอดภัยรวมถึงการมีสุขภาพที่ดีของนักท่องเที่ยว ประชาชนที่ปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ในพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งห้องปรับแรงดันบรรยากาศสูงขึ้น ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เปิดให้บริการรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ เป็นต้นมา

งานเวชศาสตร์ใต้น้ำ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำและโรคอื่นที่ต้องการรักษาเสริมด้วยออกซิเจนแรงดันสูงแก่นักท่องเที่ยวชาวไทยและต่างประเทศ รวมถึงประชาชนผู้ประกอบอาชีพทางทะเล ผู้ปฏิบัติการใต้น้ำทั้งภาครัฐและเอกชน สร้างความเชื่อมั่นด้านสาธารณสุขให้กับนักท่องเที่ยวชาวไทยและต่างชาติในการมาท่องเที่ยวทางทะเลภาคใต้ทั้งฝั่งอันดามันและอ่าวไทย ส่งเสริมการท่องเที่ยวในประเทศ อันส่งผลดีต่อเศรษฐกิจการท่องเที่ยวของประเทศไทย เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา เช่น การเกิดภาวะเนื้อเยื่อและกระดูกตายจากการฉายแสงจาก

โรงพยาบาลต่างๆ ครอบคลุม ๑๔ จังหวัดภาคใต้ สร้างนวัตกรรมทางการรักษาบำบัดทางเลือกเด็กกอดทิสติกด้วย ออกซิเจนแรงดันสูง เป็นแห่งแรกในประเทศไทย จุดประกายให้สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนนำออกซิเจนแรงดันสูงไปเป็นการบำบัดเสริมให้กับเด็กกอดทิสติกอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กกอดทิสติกและครอบครัว ให้เด็กกอดทิสติกสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะพึ่งพิงผู้อื่น

ปัจจุบันโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต มีผู้มารับบริการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงด้วยโรคหลากหลายมากขึ้น เนื่องจาก Hyperbaric Chamber นอกจากจะใช้รักษาโรคจากการดำน้ำแล้วยังสามารถใช้รักษาเสริมในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคคาร์บอนมอนนอกไซด์เป็นพิษ โรคแผลหายยาก ได้แก่ แผลเบาหวาน แผลกดทับ แผลไฟไหม้ แผลจากการฉายแสงรังสี แผลติดเชื้อเรื้อรัง การบำบัดทางเลือกสำหรับเด็กกอดทิสติก ในปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ มีนักท่องเที่ยวป่วยเป็นโรคน้ำหนิบเข้ารับการรักษาด้วย Hyperbaric Chamber จำนวน ๒๕ , ๑๒ และ ๒๒ ราย ตามลำดับ การเกิดข้อจำกัดของการรักษา สาเหตุจากการมี Hyperbaric Chamber ของภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพียงเครื่องเดียว เฉพาะที่ติดตั้งที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเท่านั้น ทำให้อุปกรณ์การแพทย์ไม่เพียงพอต่อการรักษา ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงไม่สามารถรักษาได้ทันทีต้องรอคิว ผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำ หากมาถึงขณะ Hyperbaric Chamber ทำการรักษาอยู่ ต้องรอนกว่าการรักษาเสร็จสิ้น เนื่องจากการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคจะใช้ตารางการรักษาต่างกัน ไม่สามารถเข้ารับการรักษาพร้อมกันได้ ผู้ป่วยโรคน้ำหนิบในแต่ละราย ตารางการรักษา ก็จะแตกต่างกัน การเข้าถึงบริการรักษาล่าช้า ส่งผลต่อการหายของโรค นอกจากนี้มีผู้ป่วยชาวต่างชาติ เข้ามาใช้บริการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงหลายรายเนื่องจากค่ารักษามีราคาถูกกว่าในต่างประเทศ เช่น การรักษาแผลเบาหวาน แผลจากการฉายรังสี บำบัดเด็กกอดทิสติก เป็นการเพิ่มรายได้ให้กับประเทศ โรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องเตรียมอุปกรณ์ Hyperbaric Chamber ให้มีอย่างเพียงพอ เพื่อรองรับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มีความพึงพอใจ ส่งผลให้การดูแลรักษาปลอดภัย ได้มาตรฐาน บรรลุยุทธศาสตร์จังหวัดภูเก็ตที่เน้นการท่องเที่ยวทางทะเลที่มีคุณภาพระดับโลกอย่างยั่งยืน สร้างความเชื่อมั่นให้กับนักท่องเที่ยว เพิ่มประสิทธิภาพการเสริมสร้างความปลอดภัยในชีวิตให้กับประชาชนในกลุ่มชายฝั่งอันดามันและภาคใต้ จึงมีความจำเป็นต้องจัดบริการเครื่องมือทางการแพทย์ให้เพียงพอพร้อมใช้

๒) วัตถุประสงค์โครงการ (Outcomes)

๒.๑) ผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำในฝั่งอันดามันและอ่าวไทยเข้าถึงการรักษาด้วย Hyperbaric Chamber อย่างรวดเร็ว

๒.๒) ไม่พบการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำ สาเหตุจากความไม่พร้อมของระบบบริการทางแพทย์

๒.๓) จำนวนผู้ใช้บริการรักษาด้วย Hyperbaric Chamber โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพิ่มมากขึ้น

๓) เป้าหมายโครงการ (Outputs)

ศูนย์เวชศาสตร์ใต้น้ำฝั่งอันดามัน มีความพร้อมในการให้บริการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง โดยใช้เครื่อง Hyperbaric Chamber ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำเข้าถึงบริการรักษาด้วย Hyperbaric Chamber อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย

๔) กลุ่มเป้าหมายโครงการ (Target group)

ผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำทั้งชาวไทยและต่างชาติในฝั่งอันดามัน ฝั่งอ่าวไทย และผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่ได้รับการส่งต่อมาเพื่อรักษาด้วย Hyperbaric Chamber ครอบคลุม ๑๔ จังหวัดภาคใต้ของไทย

๕) ตัวชี้วัดเป้าหมายโครงการ (Outputs) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes)

ตัวชี้วัดเป้าหมายโครงการ (Outputs)

ศูนย์เวชศาสตร์ใต้น้ำชายฝั่งอันดามัน ระดับ ๑ ในปี ๒๕๖๒

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes)

- ๑) ร้อยละผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำเข้าถึงบริการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ภายใน ๖ ชั่วโมง ร้อยละ ๙๐
- ๒) อัตราตายของผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำ สาเหตุจากความไม่พร้อมของระบบ Hyperbaric Chamber เท่ากับ ๐
- ๓) อัตราความพิการของผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำ สาเหตุจากความไม่พร้อมของระบบ Hyperbaric Chamber เท่ากับ ๐
- ๔) ประชาชนและนักท่องเที่ยวใต้น้ำมีความพึงพอใจต่อมาตรฐานความปลอดภัยของชีวิตและการให้บริการ

๖) กิจกรรม – วิธีดำเนินการ (Activity)

ต้นทาง : จัดซื้อ – จัดจ้างครุภัณฑ์

กลางทาง : จัดสร้างห้องเครื่อง และห้องติดตั้ง Monoplace Hyperbaric Chamber

ปลายทาง : ผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำในฝั่งอันดามันและอ่าวไทยเข้าถึงการรักษา

๗) ตัวชี้วัดกิจกรรม

- ๗.๑) พัฒนาศักยภาพศูนย์เวชศาสตร์ใต้น้ำชายฝั่งอันดามัน ให้เป็นระดับ ๑ ในปี ๒๕๖๒
- ๗.๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำเข้าถึงบริการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ภายใน ๖ ชั่วโมง ร้อยละ ๙๐

๗.๓) ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง > ๘๐%

๘) ระยะเวลาดำเนินโครงการ ๑ ปี เริ่มต้นตุลาคม ๒๕๖๑ สิ้นสุดกันยายน ๒๕๖๒

๙) งบประมาณ ๑๘,๐๐๐,๐๐๐ บาท

๑๐) สถานที่/พื้นที่ดำเนินการ :

งานเวชศาสตร์ใต้น้ำ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต

๑๑) หน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต

๑๒) ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Impact)

เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำและโรคอื่นๆที่จำเป็นต้องรักษาด้วยเครื่อง Hyperbaric Chamber สร้างความเชื่อมั่นศรัทธา และภาพลักษณ์ที่ดีให้กับประชาชนในจังหวัดชายฝั่งอันดามัน รวมถึงนักท่องเที่ยวชาวไทยและต่างชาติ มั่นใจได้ว่าจะได้รับการรักษาที่ดีและเหมาะสมที่สุด

๗. โครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย

แนวทางการดำเนินงาน : พัฒนาเศรษฐกิจเพื่อความมั่นคงของชายแดนใต้พัฒนาเมืองศูนย์กลางและเมืองสำคัญของภาค

ตัวชี้วัดแนวทาง : ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายได้ใช้ประโยชน์การพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานและได้รับบริการ สาธารณสุขภาครัฐอย่างครบถ้วนและทั่วถึง

๗.๑ โครงการพัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยของภาคใต้ชายแดน

๑) เหตุผลความจำเป็น

๑.๑) ที่มา : นโยบายรัฐบาลกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาประเทศในการบริหารราชการแผ่นดิน ๑๑ ด้าน โดยได้นำยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศว่าด้วยความเข้าใจ เข้าถึงและพัฒนา ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเป็นสำคัญ ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งทรงเน้นความพอดี พอสมแก่ฐานะ ความมีเหตุมีผลและการมีภูมิคุ้มกันมาเป็นแนวคิด ใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ กำหนดยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสร้างเสริมและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ และยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิต และเพื่อให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการทางสังคมที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง

กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจรับผิดชอบสอดคล้องตามนโยบาย ข้อ ๓ การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสเข้าถึงบริการของรัฐ ด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรีและเด็ก เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และนโยบาย ข้อ ๕ การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน โดยวางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ และบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ พัฒนาระบบบริหารสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วยแล้วมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่น สนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน ในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในสังคม

๑.๒) สรุปสาระสำคัญ

ความเร่งด่วน : การจัดบริการและส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ในภาคใต้ชายแดนพบปัญหา งานบริการของงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ถูกจำกัดด้วยเรื่อง อาคารสถานที่ ทำให้ความพึงพอใจของผู้มารับบริการลดน้อยลง สถานที่ทำการ ณ ปัจจุบัน เป็นสถานที่ให้บริการเพียงชั่วคราวเท่านั้น เกิดความไม่มั่นคงในสถานที่ และขาดความเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการของผู้มารับบริการ ทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นงานแพทย์แผนไทยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความเร่งด่วนในการดำเนินการด้านสถานที่ เพื่อเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างครบวงจร ตามเกณฑ์มาตรฐานของงานแพทย์แผนไทยที่มีเกณฑ์กำหนดในส่วนมาตรฐานของงานบริการระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลทั่วไป) ที่เป็นตามเกณฑ์มาตรฐาน จึงมีโอกาสนำมาสร้างคุณค่าสมุนไพรไทยและการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพ มาตรฐาน สร้างรายได้ เศรษฐกิจของจังหวัดเติบโตและรักษาคนสงขลาให้มีสุขภาพดีด้วยโครงการพัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยของภาคใต้ชายแดน

๒) วัตถุประสงค์โครงการ (Outcomes)

๒.๑) เพื่อให้มีสถานที่สำหรับให้บริการการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชนเป็นตามมาตรฐานและปลอดภัย

๒.๒) เพื่อให้มีการจัดขยายบริการการรักษาโรคเฉพาะอย่างครบวงจรและบริการส่งเสริมสุขภาพ

๒.๓) เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และมีความพึงพอใจในการบริการ

๓) เป้าหมายโครงการ (Outputs)

ตัวชี้วัด : การเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น

๔) กลุ่มเป้าหมายโครงการ (Target group)

๓.๑) กลุ่มเป้าหมาย : ประชาชนในจังหวัดปัตตานี และจังหวัดใกล้เคียง

๓.๒) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย : ประชาชนในจังหวัดปัตตานี และจังหวัดใกล้เคียง

๕) ตัวชี้วัดเป้าหมายโครงการ (Outputs) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes)

ผลผลิต (Outputs)

๑) อาคารส่งเสริมสุขภาพและอเนกประสงค์ (แบบแพทย์แผนไทย) ๒ ชั้น ที่มีพื้นที่เพียงพอ สำหรับการบริการผู้ป่วยและญาติ ที่มารับบริการการแพทย์แผนไทย ได้อย่างเพียงพอ ทั่วถึง

๒) จำนวนผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเพิ่มมากขึ้น

๓) มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ครบวงจร

๔) มีการจัดบริการการแพทย์ทางเลือก การบริการด้านความสวยงาม ชูรกิจสปา

๕) มีการฝึกอบรมและศึกษาวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย

๖) เป็นศูนย์การเรียนรู้ และอบรม หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes)

๑) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน มากกว่าร้อยละ ๒๐

๒) จำนวนหน่วยงานบริการด้านการแพทย์แผนไทยในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองเพิ่มขึ้นปีละ ๑ หน่วยงาน

๓) จำนวนงานวิจัย งานพัฒนาของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เพิ่มขึ้นปีละ ๒ เรื่อง

๔) ผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานร้อยละ ๕๐

๖) กิจกรรม - วิธีดำเนินการ (Activity)

มาตรการที่ ๑ : ความเข้มแข็งของการบริหารและการจัดการเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ ฐานราก อย่างยั่งยืน

๑) จัดทำแผนงานบูรณาการพัฒนาเมืองสมุนไพรภายใต้แผนพัฒนาจังหวัด

๒) จัดตั้งคณะกรรมการโครงการเมืองสมุนไพรระดับจังหวัด

๓) จัดทำฐานข้อมูลด้านสมุนไพรผู้ปลูก /ผู้จำหน่ายสมุนไพรของจังหวัด

๔) ศึกษาความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในพื้นที่จังหวัดเมืองสมุนไพร

มาตรการที่ ๒ : พัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยกกระดับมูลค่าผลผลิตให้สูงขึ้น และให้มีการเชื่อมโยงแหล่งปลูกและแหล่งผลิตในพื้นที่

๑) พัฒนาคุณภาพโรงงานผลิตยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพรสู่มาตรฐาน GMP

๒) ส่งเสริมให้มีการใช้วัตถุดิบที่ปลูกในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการผลิตและแปรรูปผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีคุณภาพ

มาตรการที่ ๓ : ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)

๑) ส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้านสมุนไพร

๒) ขยายช่องทางการตลาด ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

มาตรการที่ ๔ : ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)

๑) พัฒนางานประชาสัมพันธ์เชิงรุก

๒) กำหนดยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันในสถานบริการทุกระดับ

๓) พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ได้มาตรฐานและครบวงจร

๔) เพิ่มขีดความสามารถการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๗) ตัวชี้วัดกิจกรรม

๑) มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย สมุนไพรของจังหวัด

๒) มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพรในจังหวัด

๓) มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ กลุ่ม

๔) มีโรงงานแปรรูปและผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP

๕) จัดตั้ง Shop/ Outlet อย่างน้อย ๑ แห่ง

๖) มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อเพิ่มมูลค่าโดยการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย อย่างน้อยจังหวัด ๑ ผลิตภัณฑ์

๗) บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)

๘) การจัดซื้อครุภัณฑ์สนับสนุนบริการการแพทย์แผนไทยเป็นไปตามมาตรฐาน

๘) ระยะเวลาดำเนินการโครงการ

ตุลาคม ๒๕๖๑ – กันยายน ๒๕๖๒

๙) งบประมาณ ๒๔,๘๐๗,๐๐๐ บาท

๑๐) สถานที่/พื้นที่ดำเนินการ

๑) จังหวัดปัตตานี

๑๑) หน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการ

๑) โรงพยาบาลปัตตานี

๒) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี

๑๒) ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Impact)

๑) ลดการใช้ยาแผนปัจจุบันที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๒) ประชาชนในพื้นที่ และจังหวัดใกล้เคียงได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว เกิดความปลอดภัยในชีวิต เศรษฐกิจของจังหวัดเกิดการขยายตัว เกิดการมีส่วนร่วม ระหว่างภาครัฐและเอกชน

๓) การใช้สมุนไพรไทยในรูปแบบต่างๆ เพิ่มขึ้นทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ประชาชนชาวสงขลาดูแลและพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ด้วยสมุนไพรไทย มูลค่าการค้าจังหวัดเพิ่มขึ้น

๗.๒ โครงการพัฒนาบริการที่เป็นเลิศทางการแพทย์ภาคใต้ชายแดน

๑) เหตุผลความจำเป็น

ตามที่รัฐบาลมีนโยบาย/แผนงานแก้ไขปัญหาและพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อสนับสนุนการบูรณาการหน่วยงานภาครัฐภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้มีการบริหารจัดการที่เป็นระบบและมีเอกภาพสร้างความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนรักษาความสงบเรียบร้อยอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบส่งเสริมการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษตามศักยภาพของพื้นที่ โดยพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพ ส่งเสริมการลงทุนและเพิ่มมูลค่าผลผลิตทางการเกษตร ตลอดจนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานควบคู่กับการพัฒนาด้านสังคมและคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้ดีขึ้น

ในจังหวัดภาคใต้ชายแดน ประกอบด้วยจังหวัดสงขลา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล มีประมาณ ๓.๗๒ ล้านคน ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของภาคใต้ชายแดนที่มีอัตราตายสูง ด้วยโรคมะเร็ง หลอดเลือดสมอง ด้านอัตราการเสียชีวิตต่อประชากร (๑๐๐,๐๐๐ คน) ของภาคใต้จากโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น ๔๙.๕๘ ในปี ๒๕๕๗ ซึ่งโรคเหล่านี้จะมีผลกระทบทางด้านสุขภาพทำให้ประชาชนต้องการใช้บริการของโรงพยาบาลเพิ่มสูงมากขึ้น แต่ในขณะที่ทรัพยากรที่มีรองรับการจัดบริการมีไม่เพียงพอ ส่งผลให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีสภาพแออัด การบริการล่าช้า คอยคิวนาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รัฐให้สิทธิครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นทุกปี ประกอบกับสถานบริการภาครัฐยังขาดเครื่องมือรังสีรักษา จึงเป็นเหตุให้ไม่สามารถให้บริการครอบคลุมในทุกปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี รองรับจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น และเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร และเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง หลอดเลือดสมอง ให้ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาบริการที่เป็นเลิศทางการแพทย์

๒) วัตถุประสงค์โครงการ (Outcomes)

๒.๑) เพื่อเชื่อมโยงระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในประเทศและกับประเทศมาเลเซียให้ได้ตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพรองรับเขตเศรษฐกิจพิเศษ

๒.๒) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ทันเวลาตามเกณฑ์

๒.๓) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง สามารถมีคุณภาพชีวิตได้ตามอัตรภาพ

๓) เป้าหมายโครงการ (Outputs)

๓.๑) สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอและทันสมัย

๓.๒) ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น

๓.๓) ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ชายแดนภาคใต้

๔) กลุ่มเป้าหมายโครงการ (Target group)

ประชาชนในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ และพื้นที่ชายขอบประเทศไทย

๕) ตัวชี้วัดเป้าหมายโครงการ(Outputs) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes)

ผลผลิต

๑) เพิ่มการบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน

๒) อัตราผู้ป่วยพิการซับซ้อนที่ต้องดูแลต่อเนื่องได้รับการฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๘๐

ผลลัพธ์

- ๑) อัตราการบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐
- ๒) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
- ๓) อัตราข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการรอคิวการบริการลดลงหรือไม่มี

๖) กิจกรรม -วิธีดำเนินการ(Activity)**กิจกรรมต้นทาง**

- ๑) จัดทำคู่มือการแพทย์ให้เพียงพอและทันสมัย

กิจกรรมกลางทาง

- ๑) ขยายการบริการแก่ประชาชนครอบคลุมพื้นที่ภาคใต้ชายแดน
- ๒) ขยายบริการเชิงรุกแก่คนไทยและชาวต่างชาติ
- ๓) พัฒนาศูนย์ประสานงานและรับส่งต่อระหว่างประเทศ
- ๔) ซ่อมแผนการรับและส่งต่อระหว่างประเทศ
- ๕) พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และพัฒนาเครือข่ายกำลังด้านสุขภาพ

กิจกรรมปลายทาง

- ๑) พัฒนาชุมชนเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities)
- ๒) พัฒนาเครือข่ายการให้บริการและระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน
- ๓) ขยายบริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีปัญหาภาวะการเจ็บป่วยซับซ้อนที่ต้องดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ

๗) ตัวชี้วัดกิจกรรม

- ๑) ร้อยละการเชื่อมโยงระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในประเทศและกับประเทศมาเลเซียให้ได้ตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพรองรับเขตเศรษฐกิจพิเศษมากขึ้น
- ๒) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ทันเวลาตามเกณฑ์
- ๓) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มมากขึ้น
- ๔) อัตราการให้บริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐

๘) ระยะเวลาดำเนินการโครงการ

ตุลาคม ๒๕๖๑ - กันยายน ๒๕๖๒

๙) งบประมาณ ๑๔,๓๙๐,๐๐๐ บาท

- ๑) สสจ. สงขลา ๓๔๘,๐๕๗,๐๐๐ บาท
- ๒) สสจ.สตูล ๑๑,๑๕๐,๐๐๐ บาท

๑๐) สถานที่/พื้นที่ดำเนินการ**๑) ปรับปรุงอาคาร โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก**

- ๑.๑) รพ.สุโขทัย-ลก อำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส

๒) จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์

- ๒.๑) โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก โรงพยาบาลตากใบ และโรงพยาบาลระแงะ จังหวัด

นราธิวาส

๑๑) หน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการ

- ๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

๑๒) ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Impact)

๑๒.๑) เสริมสร้างขีดความสามารถของจังหวัดในการเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศทางการแพทย์ ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ (excellence medical center in international border city) ที่มีการพัฒนาการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยเป็นเมืองแห่งความทันสมัยการบริหารจัดการระบบสุขภาพที่มีมาตรฐาน

๑๒.๒) ประชาชนในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส และใกล้เคียง และชาวมาเลเซียหรือชาวต่างชาติ ได้รับความสะดวกในการให้บริการทางการแพทย์ โดยไม่ต้องไปรักษาไกลบ้าน

๗.๓ โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ

๑) เหตุผลความจำเป็น

จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นพื้นที่พิเศษซึ่งมีปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ เป็นต้นมา เป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อความมั่นคง และความสงบสุขของประชาชนทั้งในพื้นที่ และโดยรวม แนวทางการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องใช้การสร้างความเข้าใจกับทุกภาคส่วน เพื่อเป็นพลังสร้างสรรค์ร่วมกันในการคลี่คลายปัญหาให้เกิดความสมานฉันท์ และไว้วางใจต่อกันในระดับ ที่จะเกื้อกูลต่อการพัฒนา ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม รัฐบาลกำหนดนโยบายเสริมสร้างสันติสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามยุทธศาสตร์ซึ่งน้อมนำยุทธศาสตร์พระราชทาน เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

การพัฒนาทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีมาตรฐานระดับสากล โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน แม้ได้รับการสนับสนุนอาคารผู้ป่วยจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังมีขาดครุภัณฑ์และเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางเฉพาะทางที่จำเป็นสำหรับประชาชนใน จังหวัดชายแดนใต้ มีบริบทที่แตกต่างกันในการดำรงชีวิต ซึ่งปัญหาที่พบในการให้บริการด้านสาธารณสุข ประชาชนในจังหวัดชายแดนใต้ คือการไม่ยินยอมเดินทางไปรับการรักษาในพื้นที่ ซึ่งแม้จะสูญเสียชีวิต อาศัยศักยภาพ และโอกาสการพัฒนา ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางในระดับโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของ ประชาชน ซึ่งการพัฒนาบริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบ และการเข้าถึงบริการที่ไม่มีความเหลื่อมล้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ทันท่วงที ปลอดภัย ตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ จนถึงการผ่าตัดรักษา การดูแลรักษาในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมือที่มีความพร้อม และฟื้นฟูสภาพ จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

๒) วัตถุประสงค์โครงการ (Outcomes)

- ๒.๑) ประชาชนมีสุขภาพดี
- ๒.๒) ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ
- ๒.๓) ยกระดับบริการทางการแพทย์ให้เป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้บริการประชาชนในจังหวัดชายแดนใต้
- ๒.๔) มีการวิจัยด้านการบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบ
- ๒.๕) ยกระดับบริการทางการแพทย์ให้เป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้บริการประชาชนในจังหวัดชายแดนใต้

๓) เป้าหมายโครงการ (Outputs)

- ๓.๑) ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบได้รับการรักษาที่รวดเร็ว
- ๓.๒) มีระบบฐานข้อมูล WAR SURGERY ระดับประเทศ
- ๓.๓) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานการณ์ลดลง

๔) กลุ่มเป้าหมายโครงการ (Target group)

- ๔.๑) โรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้
- ๔.๒) ประชาชน/เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๕) ตัวชี้วัดเป้าหมายโครงการ (Outputs) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes)**ผลผลิต**

- ๑) อัตรา Preventable Death \leq ๒
- ๒) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากสถานการณ์น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐

ผลลัพธ์

- ๑) ประชาชนมีสุขภาพดี
- ๒) ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ
- ๓) ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๔) ยกระดับบริการทางการแพทย์ให้เป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้บริการประชาชนในจังหวัดชายแดนใต้

๖) กิจกรรม/วิธีดำเนินการ (Activity)

กิจกรรมต้นทาง : จัดซื้อครุภัณฑ์เพื่อรองรับการให้บริการของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินให้เพียงพอ
กับความต้องการและการใช้บริการของประชาชน

กิจกรรมกลางทาง : ปรับปรุงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลต่างๆ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

กิจกรรมปลายทาง : จัดซื้อครุภัณฑ์เพื่อรองรับการให้บริการของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินให้
เพียงพอกับความต้องการและการใช้บริการของประชาชน เพื่อยกระดับบริการทางการแพทย์ให้เป็นศูนย์
เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้บริการประชาชนในจังหวัดชายแดนใต้

มาตรการที่ ๑ : Pre-injury การจัดการข้อมูลผู้ป่วยสถานการณ์และนำข้อมูลไปใช้ในการ
พัฒนาระดับเป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะ

- ๑) หน่วยบริหารการบาดเจ็บจากสถานการณ์ (War trauma admin/registry unit)
- ๒) ศูนย์ศึกษาและฝึกการดูแลผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ (War trauma academy center)
สำหรับบุคลากรทุกระดับ

- ๓) แผนด้านทรัพยากรบุคคล (HRD)
- ๔) ความร่วมมือภาคีเครือข่ายที่สูงกว่า (ศูนย์แพทย์ทบ.ส่วนหน้า . ม.สงขลานครินทร์)
- ๕) ศูนย์วิจัยการบาดเจ็บจากสถานการณ์ (Research center)
- ๖) ความร่วมมือระหว่างประเทศ (International affiliate)

มาตรการที่ ๒ : Pre-hospital การดูแลผู้ป่วยสถานการณ์ก่อนถึง รพ. และเครือข่าย

- ๑) ระบบดูแลผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ทางไกล(Smart health telemedicine)
- ๒) หน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน (EMS,FR)
 - ๒.๑) ความครอบคลุมพื้นที่บริการ
 - ๒.๒) EMS standardized protocol
 - ๒.๓) Standardized dispatch protocol
 - ๒.๔) Transport protocol

- ๓) การเคลื่อนย้ายทางอากาศ
 - Guideline and Protocol – Area

๔) EOC และ ICS ทีมบูรณาการ

๕) สร้างเครือข่ายกับ อปท.

มาตรการที่ ๓ : In-hospital การดูแลผู้ป่วยสถานการณ์ ภายในโรงพยาบาล

๑) โครงสร้างและอุปกรณ์เครื่องมือที่มีคุณภาพ เพียงพอและทันสมัย (ห้องฉุกเฉิน, จำนวนเตียงสามัญ จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤติ, ห้องผ่าตัด)

๒) บุคลากรที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

- Trauma surgical team ready ๒๔ hr.
- ICU care
- Special conditions team (pediatrics, eye, complex reconstruction)
- Mental and behavior health and social service

๓) Guideline: Emergency department resuscitative guideline and triage transfer guideline

๔) Standard operating room and available ๒๔ hr.

มาตรการที่ ๔ : Post-acute care การป้องกันและลดพิการ ทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสถานการณ์

๑) เวชกรรมฟื้นฟู (Rehabilitation)

- Inpatient rehabilitation
- Home rehabilitation
- Special rehabilitation (total amputation of upper/lower extremity)

๒) ทีมเยี่ยมบ้าน (Home health care team)

- Mental and behavior health and social service team
- Wound care team

๗) **ตัวชี้วัดกิจกรรม**

- ๗.๑) ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบได้รับการรักษาที่รวดเร็ว
- ๗.๒) มีระบบฐานข้อมูล WAR SURGERY ระดับประเทศ
- ๗.๓) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานการณ์ลดลง

๘) **ระยะเวลาดำเนินการโครงการ**

ตุลาคม ๒๕๖๑ - กันยายน ๒๕๖๒

๙) **งบประมาณ** จำนวน ๒๑๓,๕๐๘,๖๐๐ บาท

- ๙.๑) จังหวัดนราธิวาส จำนวน ๕๐,๓๐๕,๐๐๐ บาท
- ๙.๒) จังหวัดยะลา จำนวน ๑๐๖,๓๔๓,๔๐๐ บาท
- ๙.๓) จังหวัดปัตตานี จำนวน ๕๖,๘๖๐,๒๐๐ บาท

๑๐) **สถานที่/พื้นที่ดำเนินการ**

สถานบริการสาธารณสุขของภาคใต้ชายแดน

๑๑) **หน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการ**

- ๑๑.๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
- ๑๑.๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

๑๑.๓) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

๑๒) ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Impact)

๑๒.๑) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบต่อของภาคใต้ชายแดนมีความพร้อมในการปฏิบัติการในสถานการณ์สาธารณสุขภัยฉุกเฉินและสถานการณ์ความไม่สงบอย่างมีประสิทธิภาพ

๑๒.๒) จังหวัดภาคใต้ชายแดนมีอัตราการพิการและเสียชีวิตของผู้ป่วยจากสถานการณ์ฉุกเฉิน และสถานการณ์ความไม่สงบความไม่สงบลดลง

๑๒.๓) ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ตำรวจ ทหาร ได้รับการรักษาที่ในพื้นที่ไม่ต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น

ผู้ประสานงานโครงการ โทร. ๐๗๕ ๔๔๑ ๓๗๓

๑. ภก.ประเวศ หมัดเส้น ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒

๒. นายชาคริต หมัดเส้น นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

๓. นายนราธิป จันทรรัตน์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

ภาคผนวก

ปฏิทินงานตรวจราชการ ประจำปี ๒๕๖๒

กิจกรรม	กำหนดเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ขั้นที่ ๑ จัดทำแผนการตรวจราชการ(ต.ค. - พ.ย. ๖๑)		
๑.๑ ประชุม สตร. : - กำหนด/มอบหมายประธาน รองประธาน และ เลขานุการ คกต.ในแต่ละคณะ - กำหนดกรอบประเด็น แนวทางการตรวจราชการ	สัปดาห์ ๑-๒ ต.ค. ๖๑	สตร. ,กองตรวจฯ , กรมวิชาการ
๑.๒ ประชุมร่วมกับกรม กอง เพื่อจัดทำแนวทางการตรวจราชการปี ๒๕๖๒ (เน้นให้กรม/สำนักที่เกี่ยวข้องเตรียม Template ตัวชี้วัดและประเด็นให้พร้อม)	สัปดาห์ ๑๖ ต.ค.๖๑	สตร. ,กองตรวจฯ, กรมวิชาการและ สำนักใน สป.
๑.๓ รวบรวมรายชื่อจัดทำคำสั่ง คกต. / คกต.แต่ละคณะประชุมเพื่อกำหนด รายละเอียดประเด็น/แนวทางการตรวจราชการ	ต.ค.-พ.ย. ๖๑	กองตรวจฯ ,คกต.
๑.๔ ประชุมเตรียมพร้อมชี้แจงแนวทางการตรวจราชการของแต่ละคณะ (เพื่อพิจารณาร่วมกัน เพิ่มเติม)	๑๓ พ.ย.๖๑	ประธาน และเลขานุการ คกต. ๔ คณะ
๑.๕ เสนอแผนการตรวจราชการปี ๒๕๖๒ ต่อปลัดกระทรวงฯ เพื่ออนุมัติแผน	๑๖ พ.ย. ๖๑	หัวหน้าผู้ตรวจฯ
๑.๖ ประสานจัดเตรียมทีม และเตรียมความพร้อมผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและ นิเทศงาน	พ.ย.- ธ.ค. ๖๑	กองตรวจฯ,เขต สุขภาพที่ ๑-๑๒, กรมวิชาการและ สำนักใน สป.
๑.๗ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานระดับกรม และ หน่วยงานใน สป. รวมทั้งผู้ร่วมทีมตรวจฯ จากเขต/จังหวัด (สป.)	ต.ค-พ.ย.๖๑	กองตรวจฯ
๑.๘ จัดทำคู่มือแผน-แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี ๒๕๖๒	พ.ย.-ธ.ค. ๖๑	กองตรวจฯ
๑.๙ ประชุมชี้แจงแผนการตรวจราชการ ประจำปี ๒๕๖๒ (VDO Conference)	๒๐ พ.ย. ๖๑	สตร. / กองตรวจฯ
๑.๑๐ การประชุมชี้แจงและเตรียมความพร้อมในการตรวจราชการของเขต สุขภาพที่ ๑-๑๒	๒๐ พ.ย.-๑๔ ธ.ค. ๖๑	เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒
๑.๑๑ กรมวิชาการและสำนักที่เกี่ยวข้องอบรมเตรียมความพร้อมของผู้ตรวจ ราชการกรม ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและทีมสนับสนุนการตรวจราชการ	๒๐ พ.ย.-๑๔ ธ.ค. ๖๑	กรมวิชาการและ สำนักใน สป.
ขั้นที่ ๒ ดำเนินการตรวจราชการฯ		
๒.๑ การตรวจราชการฯ ระดับจังหวัด (อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี) รอบที่ ๑ (ไตรมาส ๑-๒) รอบที่ ๒ (ไตรมาส ๓-๔)	ธ.ค.๖๑-มี.ค.๖๒ พ.ค.-ส.ค.๖๒	ทีมตรวจราชการ ทีมตรวจราชการ
ขั้นที่ ๓ รายงานผลการตรวจราชการฯ		
๓.๑ รายงานผลการตรวจราชการฯ ปีละ ๒ รอบ		

กิจกรรม	กำหนดเวลา	ผู้รับผิดชอบ
(๑) ทีมตรวจราชการจัดทำรายงานผลการตรวจราชการเสนอต่อหัวหน้าทีม ภายใน ๗ วันหลังการตรวจราชการเสร็จสิ้นในแต่ละรอบหรือแต่ละไตรมาส (ตามความเหมาะสมของประเด็นตรวจราชการ)	รอบ ๑ : ธ.ค.๖๑-มี.ค.๖๒ รอบ ๒ : พ.ค.-ส.ค.๖๒	ทีมตรวจราชการ
(๒) หัวหน้าทีมตรวจราชการจัดทำรายงานสรุปผลการตรวจราชการเสนอต่อผู้บริหารภายใน ๑๕ วัน หลังการตรวจราชการเสร็จสิ้นในแต่ละรอบ	รอบ ๑ : เม.ย.๖๒ รอบ ๒ : ส.ค.๖๒	ผู้ตรวจราชการ กระทรวง
(๓) หัวหน้างานตรวจราชการรวบรวมรายงานตรวจราชการ (ต.ก.๑,๒,๓) ส่งให้กองตรวจราชการ เพื่อส่งให้ คกต. แต่ละคณะ ประมวลผลในภาพรวมประเทศ	รอบ ๑ ภายใน ๒๐ เม.ย.๖๒ รอบ ๒ ภายใน ๑๕ ส.ค. ๖๒	หัวหน้างานตรวจ ราชการ
(๔) กองตรวจราชการ รวบรวมรายงาน เพื่อประมวลผลในภาพรวมประเทศ	รอบ ๑ : เม.ย.๖๒ รอบ ๒ : ส.ค.๖๒	กองตรวจราชการ
(๕) คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (คกต.) พิจารณา กลั่นกรอง ประมวล สรุป และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย จากผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ	รอบ ๑ : เม.ย.-พ.ค.๖๒ รอบ ๒ : ส.ค.-ก.ย.๖๒	คกต.
๓.๒ ประชุมสรุปผลการตรวจราชการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (หมายเหตุ สรุปผลรอบที่ ๑ จัดภายในกระทรวงฯ สรุปผลรอบที่ ๒ จัดภายในกระทรวงฯ (VDO Conference)	รอบ ๑ : ๘ พ.ค. ๖๒ รอบ ๒ : ๑๐ ก.ย.๖๒	กองตรวจราชการ
๓.๓ เสนอข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร	รอบ ๑ : พ.ค.๖๒ รอบ ๒ : ก.ย.๖๒	กองตรวจราชการ
๓.๔ จัดทำเอกสารสรุปผลการตรวจราชการฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และเผยแพร่	รอบ ๑ : มี.ย.๖๒ รอบ ๒ : ต.ค.๖๒	คกต./กองตรวจฯ
๔. การขับเคลื่อนระบบตรวจราชการ		
๔.๑ ทบทวนและปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข	๑-๑๐ ต.ค. ๖๑	กองตรวจราชการ
๔.๒ ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการ หมายเหตุ ประเด็นสำคัญที่ขับเคลื่อน ได้แก่ ๑. ระบบการจัดทำแผนแนวทางการตรวจราชการ ๒. ระบบการรายงานผลการตรวจราชการ (ระบบสนับสนุนการตรวจราชการ - การจัดเตรียมทีมและเตรียมความพร้อมของผู้ทำหน้าที่ตรวจ ราชการ/ผู้นิเทศงาน ของกรม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - การพัฒนาศักยภาพผู้หน้าที่ตรวจราชการ/สนับสนุนการ ตรวจราชการ (ดำเนินการโดย กองตรวจราชการ) - การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการตรวจราชการ	ไตรมาสละ ๑ ครั้ง	กองตรวจฯ คกก.ขับเคลื่อนฯ

กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ รอบที่ ๑ และ ๒

เขต สุขภาพ ที่	จังหวัด	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๑	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๒
๑	เชียงราย	๙-๑๑ มกราคม ๒๕๖๒	๒๙-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒
	พะเยา	๑๖-๑๘ มกราคม ๒๕๖๒	๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๒
	แม่ฮ่องสอน	๒๓-๒๕ มกราคม ๒๕๖๒	๑๒-๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒
	น่าน	๓๐ มกราคม-๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๙-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒
	เชียงใหม่	๖-๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๒๖-๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ลำปาง	๑๓-๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๓-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	ลำพูน	๒๐-๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๐-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	แพร่	๒๗ กุมภาพันธ์-๑ มีนาคม ๒๕๖๒	๒๔-๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๒
๒	ตาก	๒๒-๒๔ มกราคม ๒๕๖๒	๑๒-๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒
	สุโขทัย	๒๗-๒๘ กุมภาพันธ์- ๑ มีนาคม ๒๕๖๒	๒๖-๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒
	อุตรดิตถ์	๑๓-๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๐-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	พิษณุโลก	๑๓-๑๕ มีนาคม ๒๕๖๒	๑๙-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒
	เพชรบูรณ์	๒๐-๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๒๔-๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๒
๓	กำแพงเพชร	๖-๘ มีนาคม ๒๕๖๒	๑๒-๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ชัยนาท	๒๐-๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๙-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒
	นครสวรรค์	๑๓-๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๐-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	พิจิตร	๖-๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๒๔-๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	อุทัยธานี	๑๖-๑๘ มกราคม ๒๕๖๒	๗-๙ สิงหาคม ๒๕๖๒
๔	นนทบุรี-ปทุมธานี	๒๑-๒๕ มกราคม ๒๕๖๒	๑๗-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒
	อยุธยา-อ่างทอง	๒๘ มกราคม-๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๒๔-๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒
	สระบุรี-นครนายก	๔-๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	ลพบุรี-สิงห์บุรี	๑๑-๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๘-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒
๕	สมุทรสงคราม	๙-๑๑ มกราคม ๒๕๖๒	๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ราชบุรี	๑๖-๑๘ มกราคม ๒๕๖๒	๑๒-๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒
	สมุทรสาคร	๒๓-๒๕ มกราคม ๒๕๖๒	๑๙-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒
	นครปฐม	๓๐ มกราคม-๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๒๖-๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ประจวบคีรีขันธ์	๑๓-๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๓-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	กาญจนบุรี	๒๐-๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๐-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	เพชรบุรี	๒๗ กุมภาพันธ์ - ๑ มีนาคม ๒๕๖๒	๒๔-๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	สุพรรณบุรี	๖-๘ มีนาคม ๒๕๖๒	๓๑ กรกฎาคม-๒ สิงหาคม ๒๕๖๒
๖	ปราจีนบุรี	๑๗-๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๑	๒๗-๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒
	สมุทรปราการ	๒๔-๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๑	๓-๕ มิถุนายน ๒๕๖๒

เขต สุขภาพ ที่	จังหวัด	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๑	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๒
	ฉะเชิงเทรา	๗-๙ มกราคม ๒๕๖๒	๑๐-๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ชลบุรี	๑๔-๑๖ มกราคม ๒๕๖๒	๑๗-๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ตราด	๒๑-๒๓ มกราคม ๒๕๖๒	๒๔-๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ระยอง	๒๘-๓๐ มกราคม ๒๕๖๒	๑-๓ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	จันทบุรี	๑๑-๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๘-๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	สระแก้ว	๒๕-๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๒๒-๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๒
๗	มหาสารคาม	๑๓-๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๓-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	ร้อยเอ็ด	๒๐-๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๐-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	ขอนแก่น	๖-๘ มีนาคม ๒๕๖๒	๒๔-๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	กาฬสินธุ์	๑๓-๑๕ มีนาคม ๒๕๖๒	๓๑ กรกฎาคม-๒ สิงหาคม ๒๕๖๒
๘	หนองบัวลำภู	๙-๑๑ มกราคม ๒๕๖๒	๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๒
	บึงกาฬ	๑๖-๑๘ มกราคม ๒๕๖๒	๑๒-๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒
	อุดรธานี	๒๓-๒๕ มกราคม ๒๕๖๒	๑๙-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒
	หนองคาย	๖-๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๓-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	นครพนม	๑๓-๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๐-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	เลย	๒๐-๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๗-๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	สกลนคร	๖-๗ มีนาคม ๒๕๖๒	๒๔-๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๒
๙	บุรีรัมย์	๑๖-๑๘ มกราคม ๒๕๖๒	๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๒
	สุรินทร์	๒๓-๒๕ มกราคม ๒๕๖๒	๑๒-๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ชัยภูมิ	๖-๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๙-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒
	นครราชสีมา	๑๓-๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๒๖-๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒
๑๐	อุบลราชธานี	๑๖-๑๘ มกราคม ๒๕๖๒	๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๒
	มุกดาหาร	๒๓-๒๕ มกราคม ๒๕๖๒	๑๒-๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ยโสธร	๑๓-๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๙-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒
	อำนาจเจริญ	๒๐-๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๓-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	ศรีสะเกษ	๖-๘ มีนาคม ๒๕๖๒	๑๐-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒
๑๑	พังงา	๙-๑๑ มกราคม ๒๕๖๒	๒๙-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒
	กระบี่	๑๖-๑๘ มกราคม ๒๕๖๒	๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ภูเก็ต	๒๓-๒๕ มกราคม ๒๕๖๒	๑๒-๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ระนอง	๓๐ มกราคม-๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๙-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒
	นครศรีธรรมราช	๑๓-๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๒๖-๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒
	สุราษฎร์ธานี	๒๐-๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๓-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	ชุมพร	๒๗ กุมภาพันธ์ - ๑ มีนาคม ๒๕๖๒	๑๐-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒
๑๒	นราธิวาส	๒๖-๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๑	๑๒-๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒
	ยะลา	๙-๑๑ มกราคม ๒๕๖๒	๑๙-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒

เขต สุขภาพ ที่	จังหวัด	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๑	กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ ๒
	ปัตตานี	๑๖-๑๘ มกราคม ๒๕๖๒	๒๖-๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒
	พัทลุง	๒๓-๒๕ มกราคม ๒๕๖๒	๑๐-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	ตรัง	๓๐ มกราคม – ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๑๗-๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	สตูล	๑๓-๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๒๔-๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๒
	สงขลา	๒๐-๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒	๗-๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

หมายเหตุ : กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ :

หัวข้อ

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้หัวข้อ)

คำนิยาม.....

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
๑.....		
๒.....		
๓.....		

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

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

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

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่

หัวข้อ.....

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

.....

๒. สถานการณ์

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ ๑ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	อำเภอ	อำเภอ	ภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - รอบ ๑ ณ ไตรมาส ๑ (ข้อมูล ต.ค. - ธ.ค.๖๑) - รอบ ๒ ณ ไตรมาส ๒ (ข้อมูล ต.ค.๖๑ - มี.ค.๖๒)
		เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						
		เป้าหมาย						
		ผลงาน						
		อัตรา/ร้อยละ						

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่

หัวข้อ.....

เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

.....

๒. สถานการณ์

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	จว.๑	จว.๑	จว.	ภาพรวมเขต รอบ ๑ ข้อมูล ๖ เดือน ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒	(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ) ภาพรวมเขต -รอบ ๑ ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑ (ข้อมูล ต.ค. - ธ.ค.๖๑)
			รอบ ๑ ข้อมูล ๖ เดือน ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒	รอบ ๑ ข้อมูล ๖ เดือน ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒			
		เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		อัตรา/ร้อยละ					
		เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		อัตรา/ร้อยละ					

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

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....
.....

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ตอนที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ Mother & Child Health

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด : ๒) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็ก ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ตัวชี้วัด Process indicator (PI) ๒.๔) ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

๒. สถานการณ์

.....
.....

๓. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

.....
.....

๔. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

 รอบที่ ๑ : พัฒนากลไกและระบบการกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA๔

๑) การติดตาม ส่งเสริม ผลักดันการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินเพื่อกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA๔

.....
.....

๒) ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่บริการและมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

.....
.....

๓) การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

.....
..... รอบที่ ๒ : เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

๑) ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่บริการและมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

.....
.....

๒) การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I

.....

๓) การรายงานผลข้อมูลเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I

.....

๔) การเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามแผนฯ และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่

.....

๕. Small Success

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
๑) บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA๔I รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....
๒) ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่บริการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....
๓) ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าให้มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....

๖. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

๗. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๘. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๙. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ Mother & Child Health

เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด : ๒) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็ก ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ตัวชี้วัด Process indicator (PI) ๒.๔) ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

๒. สถานการณ์

.....

.....

๓. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

.....

.....

๔. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

รอบที่ ๑ : พัฒนากลไกและระบบการกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA๔

๑) การติดตาม ส่งเสริม ผลักดันการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินเพื่อกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA๔

.....

.....

๒) ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่บริการและมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

.....

.....

๓) การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

.....

.....

รอบที่ ๒ : เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

๑) ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่บริการและมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

.....

.....

๒) การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

.....

๓) การรายงานผลข้อมูลเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

.....

๔) การเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามแผนฯ และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่

.....

๕. Small Success

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
๑) บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA๔ รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....
๒) ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่บริการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....
๓) ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าให้มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....

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

.....

๗. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๘. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

๙. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด : ๑๐) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน

๒. สถานการณ์

.....
.....

๓. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการดูแลที่เหมาะสม

๓.๑ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน

.....
.....

๓.๒ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน)

.....
.....

๓.๓ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

.....
.....

๓.๔ ผู้ป่วยโรคติดยาเสพติดเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

.....
.....

๔. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

รอบที่ ๑

๑) บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M๒ ทุกแห่ง

๑.๑) ผังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ

.....
.....

๒) ระบบการจัดบริการจิตเวชได้มาตรฐานในโรงพยาบาลทุกระดับ

๒.๑) การประเมินตนเองและแผนการพัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีระดับสูงขึ้น

.....
.....

๒.๒) การใช้โปรแกรม ๓ส+ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น

.....

.....

□ รอบที่ ๒

๑) พัฒนาการเข้าถึงบริการ ในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้อาการอยู่ในระยะสงบ

๑.๑) ผังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ

.....

.....

๑.๒) การประเมินตนเองและแผนการพัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีระดับสูงขึ้น

.....

.....

๑.๒) มีการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ด้วยโปรแกรม PST (Problem Solving Therapy) ในหน่วยบริการสาธารณสุข

.....

.....

๒) บูรณาการโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส+) เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง

๒.๑) การใช้โปรแกรม ๓ส+ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น

.....

.....

๒.๒) ระบบการติดตามต่อเนื่อง

.....

.....

๕. Small Success

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
๑) หน่วยบริการระดับ A - M๑ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....
๒) หน่วยบริการระดับ M๒ – F๓ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
๓) หน่วยบริการในเขตสุขภาพมีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้พยายามฆ่าตัวตาย และมีการบันทึกข้อมูลในโครงสร้าง มาตรฐาน ข้อมูลสุขภาพ (๔๓ เพิ่ม)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....
๔) หน่วยบริการระดับ A - M๒ มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการ acute care	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....
๕) มีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว และเศรษฐกิจ) ในพื้นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....

๖. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....
.....

๗. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๘. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

๙. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....
.....

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช

เขตสุขภาพที่..... รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด : ๑๐) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน

๒. สถานการณ์

.....

.....

๓. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการดูแลที่เหมาะสม

๓.๑ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน

.....

.....

๓.๒ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน)

.....

.....

๓.๓ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

.....

.....

๓.๔ ผู้ป่วยโรคจิตตสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

.....

.....

๔. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

 รอบที่ ๑

๑) บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M๒ ทุกแห่ง

๑.๑) ผังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ

.....

.....

๒) ระบบการจัดบริการจิตเวชได้มาตรฐานในโรงพยาบาลทุกระดับ

๒.๑) การประเมินตนเองและแผนการพัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีระดับสูงขึ้น

.....

.....

๒.๒) การใช้โปรแกรม ๓ส+ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น

.....

.....

□ รอบที่ ๒

๑) พัฒนาการเข้าถึงบริการ ในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้อาการอยู่ในระยะสงบ

๑.๑) ผังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ

.....

.....

๑.๒) การประเมินตนเองและแผนการพัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีระดับสูงขึ้น

.....

.....

๑.๓) มีการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ด้วยโปรแกรม PST (Problem Solving Therapy) ในหน่วยบริการสาธารณสุข

.....

.....

๒) บูรณาการโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส+) เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง

๒.๑) การใช้โปรแกรม ๓ส+ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น

.....

.....

๒.๒) ระบบการติดตามต่อเนื่อง

.....

.....

๕. Small Success

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
๑) หน่วยบริการระดับ A - M๑ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....
๒) หน่วยบริการระดับ M๒ - F๓ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
๓) หน่วยบริการในเขตสุขภาพมีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้พยายามฆ่าตัวตาย และมีการบันทึกข้อมูลในโครงสร้าง มาตรฐาน ข้อมูลสุขภาพ (๔๓ เพิ่ม)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....
๔) หน่วยบริการระดับ A - M๒ มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการ acute care	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (อย่างไร).....
๕) มีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว และเศรษฐกิจ) ในพื้นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (จำนวน).....

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

.....
.....

๗. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๘. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....

๙. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....
.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่

หัวข้อ.....

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ความสำเร็จในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวกับแผน ๑๐ ปี ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

๒. ผลการประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S) จำนวนที่มสทวิขาชีพ การดำเนินงาน (Function) โอกาสพัฒนา/ปัญหา/อุปสรรค

๓. กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

- แผนการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ฯ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน
- แผนการพัฒนาและยกระดับสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- แผนการพัฒนาศาสนาวิชาชีพ

๔. การประเมินตนเองของทีมคลินิกหมอครอบครัวในการพัฒนาบริการ ความรู้ความเข้าใจในเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว การจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หลักการมุ่งเน้นคุณค่า (Value-base health care) ในเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพด้วย Triple Aims

๒. สถานการณ์

การดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ จำนวนที่เปิด.....ทีม (ข้อมูลการขึ้นทะเบียน PCC) สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกหมอครอบครัว โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ทีมคลินิกหมอครอบครัว	เปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑		ระบุข้อที่ไม่ผ่าน
	ลงทะเบียน	ผ่านเกณฑ์	

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S)

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ ผลการจัดตั้งคลินิกหออกรับ ปี ๒๕๖๒

๑. จำนวนคลินิกหออกรับทั้งหมด (ตามแผน ปี ๒๕๖๒)จำนวน

๑.๑ ทีมคลินิกหออกรับที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนคลินิกหออกรับและเปิดดำเนินการแล้วจำนวน (รอบบันทึกในระบบลงทะเบียน) คิดเป็นร้อยละ.....ของแผนการจัดตั้งคลินิกหออกรับ ปี ๒๕๖๒

๑.๒ ทีมคลินิกหออกรับซึ่งกำลังดำเนินการตามแผนการจัดตั้งคลินิกหออกรับปี ๒๕๖๒ (ระบุ วัน / เดือน / ที่เปิด)

ทีมคลินิกหออกรับ	ผ่านเกณฑ์			แผนการเปิด ระบุวัน / เดือน / ปีที่เปิดดำเนินการ
	Structure	Staff	System	

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหออกรับ (๓S)

๒. ผลการดำเนินงานประเมินการจัดตั้งคลินิกหออกรับ ไม่ผ่าน

ลำดับ	ชื่อทีมคลินิกหออกรับ	แนวทางการพัฒนา
ก	คลินิกหออกรับที่เปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑	
ข	คลินิกหออกรับที่จะเปิดดำเนินการ ปี ๒๕๖๒	

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการนำไปประสานหรือดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะตอนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S)

STRUCTURE ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในโรงพยาบาล รพศ. รพท. รพช.
 ใน รพ.สต. / สอน. อื่นๆ

STAFF

๑. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน ปฏิบัติงาน ๓ วัน/สัปดาห์

๒. พยาบาลวิชาชีพ ๒ คน

๓. นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๒ คน

SYSTEM

๔. มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน +/- ๒,๐๐๐ คน และตามบริบทของพื้นที่

๕. มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

๖. ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี Application/LINE หรือ โทรศัพท์/ SMS

๗. ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

๘. การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน

๙. ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ

๑๐. ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

แบบรายงานการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่.....

หัวข้อ.....

เขตสุขภาพที่.....รอบที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ความสำเร็จในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวกับแผน ๑๐ ปี ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

๒. ผลการประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S) จำนวนทีมสหวิชาชีพ การดำเนินงาน (Function) โอกาสพัฒนา/ปัญหา/อุปสรรค

๓. กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

- แผนการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน
- แผนการพัฒนาและยกระดับสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- แผนการพัฒนาศหวิชาชีพ

๔. การประเมินตนเองของทีมคลินิกหมอครอบครัวในการพัฒนาบริการ ความรู้ความเข้าใจในเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว การจัดการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หลักการมุ่งเน้นคุณค่า (Value-base health care) ในเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพด้วย Triple Aims

๒. สถานการณ์

การดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) จำนวน.....ทีม สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกหมอครอบครัว โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

จังหวัด	เปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑		ระบุข้อที่ไม่ผ่าน
	ลงทะเบียน	ผ่านเกณฑ์	

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S)

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ ผลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

๑. จำนวนทีมคลินิกหมอครอบครัวทั้งหมดของเขตสุขภาพ (ตามแผน ปี ๖๒)จำนวน

๓.๒ แผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๖๒

จังหวัด	แผนดำเนินการ ปี ๒๕๖๒ (ทีม)				ระบุชื่อที่ไม่ผ่าน
	แผน ปี ๒๕๖๒	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่าน	รอเปิด	

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S)

๓.๓ แบบสรุปปัญหา/อุปสรรค ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

.....

.....

.....

.....

๓.๔ จำนวนสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตสุขภาพ

ก. จำนวนสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตสุขภาพ

- ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษา จำนวน.....แห่ง ศักยภาพการผลิต.....ตำแหน่ง

- หลักสูตร Formal training จำนวน.....แห่ง ศักยภาพการผลิต.....ตำแหน่ง

- หลักสูตร In-service training จำนวน.....แห่ง ศักยภาพการผลิต.....ตำแหน่ง

- มีผู้เข้าอบรมในโครงการอบรมระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว (Short course training) รวม.....คน

- แพทย์เข้าเรียนแพทย์ประจำบ้านสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปี ๒๕๖๑ จำนวน.....คน

๓.๕ การพัฒนาศูนย์เรียนรู้ และการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์หลัก	ผลการประเมินศูนย์เรียนรู้ (คะแนน)			
	๑	๒	๓	๔
คณะกรรมการ	มี	มี	มี	มี
จุดปฏิบัติการและรูปแบบ การบริหารจัดการ				

เกณฑ์หลัก	ผลการประเมินศูนย์เรียนรู้ (คะแนน)			
	๑	๒	๓	๔
กิจกรรม				
ผลลัพธ์				

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก การตรวจติดตาม

.....

.....

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S)

STRUCTURE ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในโรงพยาบาล รพศ. รพท. รพช.
 ใน รพ.สต. / สอน. อื่นๆ

STAFF

๑. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน ปฏิบัติงาน ๓ วัน/สัปดาห์
๒. พยาบาลวิชาชีพ ๒ คน
๓. นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๒ คน

SYSTEM

๔. มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน +/- ๒,๐๐๐ คน และตามบริบทของพื้นที่
๕. มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
๖. ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี Application/LINE หรือ โทรศัพท์/ SMS
๗. ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
๘. การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน
๙. ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ
๑๐. ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (รอบที่ ๑)

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๒. สถานการณ์

รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรค แผนงานวัณโรค ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของจังหวัด. ประกอบด้วย

๒.๑ สถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรค ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑

.....
.....
.....

๒.๒ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดคุ้มครองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๑

.....
.....

๒.๒ สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อ การเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบของแต่ละจังหวัด

.....
.....

๒.๓ การวิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานมาตรการการเร่งรัดการดำเนินงานวัณโรค ในปี ๒๕๖๑ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของแต่ละจังหวัด

.....
.....

๒.๔ มาตรการ แนวทาง แผนงาน และกิจกรรมสำคัญ ที่จะตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุมและลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์วัณโรคของแต่ละพื้นที่

.....
.....

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ผลการดำเนินงาน เพื่อลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

.....

.....

.....

๓.๑ รายงานความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และกิจกรรมสำคัญ ที่จะตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุมและลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์วัณโรคของแต่ละพื้นที่ (รายละเอียดมาตรการดังเอกสารแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (Inspection Guideline): อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
มาตรการและแนวทาง กิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน		
มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย		
มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด (Quick win)		
มาตรการบริหารจัดการ และตรวจทดสอบความไว	การทดสอบความไวต่อยา (DST) ในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคคือยาหลายขนาน*	

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
ต่อยา (DST) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB)		
มาตรการจัดตั้งกลไกการกำกับกรณินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง	จัดตั้ง คณะทำงานบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (case management team) ในทุกโรงพยาบาล	
	การตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญวัณโรคดื้อยาระดับเขตสุขภาพ	
มาตรการกำกับติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยระบบข้อมูล TBCM online	โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐและเอกชน) บันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online	
มาตรการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง		
มาตรการ....		
มาตรการ....		

หมายเหตุ * กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (อ้างอิงจากแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑) ซึ่งได้แก่

(๑) ผู้ป่วยเก่าที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน (previously treated patients) ได้แก่

(๑.๑) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยสูตรยารักษาซ้ำหรือสูตรยาผู้ป่วยใหม่ (๑.๒) ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ (๑.๓) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำหลังขาดยา

(๑.๔) ผู้ป่วยอื่นๆ ที่เคยรักษามาแล้วแต่ไม่ทราบผลการรักษาชัดเจน

๓.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/พัฒนาการดำเนินงาน

.....

.....

.....

๓.๔ ปัญหาอุปสรรคและช่องว่าง ในการดำเนินงาน ในพื้นที่รับผิดชอบ

.....

.....

.....

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (รอบที่ ๒)

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ

ตัวชี้วัด อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๒. สถานการณ์

รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรค แผนงานวัณโรค ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของ จังหวัด. ประกอบด้วย

๒.๑ สถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรค ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑

.....
.....
.....

๒.๒ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดการคุ้มครองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๑

.....
.....
.....

๒.๓ สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อ การเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบของแต่ละจังหวัด

.....
.....
.....

๒.๔ การวิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานมาตรการการเร่งรัดการดำเนินงานวัณโรค ในปี ๒๕๖๑ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของแต่ละจังหวัด

.....
.....
.....

๒.๕ มาตรการ แนวทาง แผนงาน และกิจกรรมสำคัญ ที่จะตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุมและลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์วัณโรคของแต่ละพื้นที่

.....
.....
.....

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ผลการดำเนินงาน เพื่อลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

.....

.....

.....

๓.๑ รายงานความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และกิจกรรมสำคัญ ที่จะตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุมและลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์วัณโรคของแต่ละพื้นที่ (รายละเอียดมาตรการดังเอกสารแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (Inspection Guideline): อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
มาตรการและแนวทาง กิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน		
มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย		
มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด (Quick win)		

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
มาตรการบริหารจัดการและตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB)	การทดสอบความไวต่อยา (DST) ในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน*	
มาตรการจัดตั้งกลไกการกำกับกรณินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง	จัดตั้ง คณะทำงานบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (case management team) ในทุกโรงพยาบาล การตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญวัณโรคดื้อยาระดับเขตสุขภาพ	
มาตรการกำกับติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยระบบข้อมูล TBCM online	โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐและเอกชน) บันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online	
มาตรการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง		
มาตรการ....		
มาตรการ....		

หมายเหตุ * กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (อ้างอิงจากแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑) ซึ่งได้แก่

(๑) ผู้ป่วยเก่าที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน (previously treated patients) ได้แก่

(๑.๑) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยสูตรยารักษาซ้ำหรือสูตรยาผู้ป่วยใหม่ (๑.๒) ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ (๑.๓) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำหลังขาดยา

(๑.๔) ผู้ป่วยอื่นๆ ที่เคยรักษามาแล้วแต่ไม่ทราบผลการรักษาชัดเจน

๓.๒ รายงานการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน โดยวัดจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในพื้นที่รับผิดชอบ

หน่วยงาน เขตสุขภาพ/ จังหวัด	อัตราความสำเร็จการ รักษา		อัตราการขาดยา		อัตราการเสียชีวิต		อัตราการรักษาล้มเหลว		อัตราการโอนออก		อยู่ระหว่างรักษา/ ไม่ทราบผลการรักษา	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จังหวัด.....												
อำเภอ.....												
อำเภอ.....												
อำเภอ.....												
อำเภอ.....												

ที่มา..... ข้อมูล ณ วันที่

จังหวัด	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๒ ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ ๘๒.๕
	จำนวนปชก.ปี ๒๕๖๒* (๑)	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๖/แสน ปชก.) (๒)	จำนวนผู้ป่วย วัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ปี ๒๕๖๒** (๓)	ร้อยละความครอบคลุม การรักษาปี ๒๕๖๑ (๔ = ๓/๒)	
จังหวัด.....					
อำเภอ.....					
อำเภอ.....					
อำเภอ.....					

ที่มา..... ข้อมูล ณ วันที่

หมายเหตุ * ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ จากสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

ที่มาของฐานข้อมูลประชากร HDC : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php ข้อมูล ณ วันที่

๓.๓ ปัจจัยความสำเร็จ บทเรียนรู้ Good practice ของการดำเนินงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

.....

.....

.....

.....

๓.๔ ปัญหาอุปสรรคและช่องว่าง ในการดำเนินงาน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

มาตรการ	ปัญหาอุปสรรคและช่องว่าง	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนามาตรการดำเนินงาน
มาตรการและแนวทาง กิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน		
มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย		
มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด (Quick win)		
มาตรการบริหารจัดการและตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB)		
มาตรการจัดตั้งกลไกการกำกับกับการกินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง		
มาตรการกำกับติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยระบบข้อมูล TBCM online		
มาตรการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง		
มาตรการ....		
มาตรการ....		

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (รอบที่ ๑)

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๒. สถานการณ์

รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรค แผนงานวัณโรค ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพจำแนกรายจังหวัด ประกอบด้วย

๒.๑ สถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรค ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑

.....

๒.๒ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดคุ้มครองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๑

.....

๒.๓ สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อ การเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพจำแนกรายจังหวัด

.....

๒.๔ การวิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานมาตรการการเร่งรัดการดำเนินงานวัณโรค ในปี ๒๕๖๑ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพจำแนกรายจังหวัด

.....

๒.๕ มาตรการ แนวทาง แผนงาน และกิจกรรมสำคัญ ที่จะตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุมและลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์วัณโรคของแต่ละพื้นที่

.....

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ผลการดำเนินงาน เพื่อลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

.....

.....

.....

๓.๑ รายงานความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และกิจกรรมสำคัญ ที่จะตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุมและลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์วัณโรคของแต่ละพื้นที่ (รายละเอียดมาตรการดังเอกสารแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (Inspection Guideline): อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
มาตรการและแนวทาง กิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน		
มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย		
มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด (Quick win)		
มาตรการบริหารจัดการ และตรวจทดสอบความไว	การทดสอบความไวต่อยา (DST) ในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคคือยาหลายขนาน*	

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
ต่อยา (DST) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB)		
มาตรการจัดตั้งกลไกการกำกับกรณินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง	จัดตั้ง คณะทำงานบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (case management team) ในทุกโรงพยาบาล	
	การตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญวัณโรคดื้อยาระดับเขตสุขภาพ	
มาตรการกำกับติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยระบบข้อมูล TBCM online	โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐและเอกชน) บันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online	
มาตรการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง		
มาตรการ....		
มาตรการ....		

หมายเหตุ * กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (อ้างอิงจากแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑) ซึ่งได้แก่

(๑) ผู้ป่วยเก่าที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน (previously treated patients) ได้แก่

(๑.๑) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยสูตรยารักษาซ้ำหรือสูตรยาผู้ป่วยใหม่ (๑.๒) ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ (๑.๓) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำหลังขาดยา

(๑.๔) ผู้ป่วยอื่นๆ ที่เคยรักษามาแล้วแต่ไม่ทราบผลการรักษาชัดเจน

๓.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/พัฒนาการดำเนินงาน

.....

.....

.....

๓.๔ ปัญหาอุปสรรคและช่องว่าง ในการดำเนินงาน ในพื้นที่รับผิดชอบ

.....

.....

.....

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (รอบที่ ๒)

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ

ตัวชี้วัด อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๒. สถานการณ์

รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรค แผนงานวัณโรค ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพจำแนกรายจังหวัด. ประกอบด้วย

๒.๑ สถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรค ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑

.....
.....
.....

๒.๒ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดคุ้มครองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๑

.....
.....
.....

๒.๓ สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพจำแนกรายจังหวัด

.....
.....
.....

๒.๔ การวิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานมาตรการเร่งรัดการดำเนินงานวัณโรค ในปี ๒๕๖๑ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพจำแนกรายจังหวัด

.....
.....
.....

๒.๕ มาตรการ แนวทาง แผนงาน และกิจกรรมสำคัญ ที่จะตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุมและลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์วัณโรคของแต่ละพื้นที่

.....
.....

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ผลการดำเนินงาน เพื่อลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

.....

.....

.....

๓.๑ รายงานความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และกิจกรรมสำคัญ ที่จะตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุมและลดปัญหาการเสียชีวิต การขาดยา การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา และการเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีความสอดคล้องกับ สถานการณ์วัณโรคของแต่ละพื้นที่ (รายละเอียดมาตรการดังเอกสารแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (Inspection Guideline): อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
มาตรการและแนวทาง กิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน		
มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย		
มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด (Quick win)		
มาตรการบริหารจัดการ และตรวจทดสอบความไว	การทดสอบความไวต่อยา (DST) ในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคคือยาหลายขนาน*	

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
ต่อยา (DST) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB)		
มาตรการจัดตั้งกลไกการกำกับกรณินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง	จัดตั้ง คณะทำงานบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (case management team) ในทุกโรงพยาบาล	
	การตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญวัณโรคดื้อยาระดับเขตสุขภาพ	
มาตรการกำกับติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยระบบข้อมูล TBCM online	โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐและเอกชน) บันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online	
มาตรการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง		
มาตรการ....		
มาตรการ....		

หมายเหตุ * กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (อ้างอิงจากแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑) ซึ่งได้แก่

(๑) ผู้ป่วยเก่าที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน (previously treated patients) ได้แก่

(๑.๑) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยสูตรยารักษาซ้ำหรือสูตรยาผู้ป่วยใหม่ (๑.๒) ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ (๑.๓) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำหลังขาดยา

(๑.๔) ผู้ป่วยอื่นๆ ที่เคยรักษามาแล้วแต่ไม่ทราบผลการรักษาชัดเจน

๓.๒ รายงานการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน โดยวัดจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในพื้นที่รับผิดชอบ

หน่วยงาน เขตสุขภาพ/ จังหวัด	อัตราความสำเร็จการ รักษา		อัตราการขาดยา		อัตราการเสียชีวิต		อัตราการรักษาล้มเหลว		อัตราการโอนออก		อยู่ระหว่างรักษา/ ไม่ทราบผลการรักษา	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เขตสุขภาพ.....												
จังหวัด.....												
จังหวัด.....												
จังหวัด.....												
จังหวัด.....												

ที่มา..... ข้อมูล ณ วันที่

หน่วยงาน เขตสุขภาพ/จังหวัด	ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา				ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๒ ความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำร้อยละ ๘๒.๕
	จำนวนปชก.ปี ๒๕๖๒* (๑)	คาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๖/แสน ปชก.) (๒)	จำนวนผู้ป่วย วัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ปี ๒๕๖๒** (๓)	ร้อยละความครอบคลุม การรักษาปี ๒๕๖๑ (๔ = ๓/๒)	
เขตสุขภาพ.....					
จังหวัด.....					
จังหวัด.....					
จังหวัด.....					

ที่มา..... ข้อมูล ณ วันที่

หมายเหตุ * ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ จากสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

ที่มาของฐานข้อมูลประชากร HDC : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php ข้อมูล ณ วันที่

๓.๓ ปัจจัยความสำเร็จ บทเรียนรู้ Good practice ของการดำเนินงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

.....

.....

๓.๔ ปัญหาอุปสรรคและช่องว่าง ในการดำเนินงาน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

มาตรการ	ปัญหาอุปสรรคและช่องว่าง	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนามาตรการดำเนินงาน
มาตรการและแนวทาง กิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน		
มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค		
มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย		
มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด (Quick win)		
มาตรการบริหารจัดการและตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB)		
มาตรการจัดตั้งกลไกการกำกับกับการกินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง		
มาตรการกำกับติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยระบบข้อมูล TBCM online		
มาตรการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง		
มาตรการ....		
มาตรการ....		

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

- ๑.๑ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
 ๑.๒ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

๒. สถานการณ์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- ๑.๑ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
 (เป้าหมาย $\geq 0.8 : 100$)
 ๑.๒ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
 (เป้าหมาย $\geq 1.3 : 100$)

อำเภอ	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอม บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล (A/B) $\times 100$	หมายเหตุ
อำเภอ ...				
อำเภอ ...				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

อำเภอ	จำนวนผู้ยินยอมบริจาค ดวงตา (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอม บริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B) $\times 100$	หมายเหตุ
อำเภอ ...				
อำเภอ ...				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร.....e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

- ๑.๑ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
 ๑.๒ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

๒. สถานการณ์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- ๑.๑ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
 (เป้าหมาย $\geq ๐.๘ : ๑๐๐$)
 ๑.๒ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
 (เป้าหมาย $\geq ๑.๓ : ๑๐๐$)

จังหวัด	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอม บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล (A/B) $\times 100$	หมายเหตุ
จังหวัด ...				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

จังหวัด	จำนวนผู้ยินยอมบริจาค ดวงตา (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอม บริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B) $\times 100$	หมายเหตุ
จังหวัด ...				
จังหวัด ...				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)				

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด).....

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร.....e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาโรคไต

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ mL/min/๑.๗๓m^๒/yr (เป้าหมาย: ≥ ๖๖%)

๒. สถานการณ์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR < ๔ mL/min/๑.๗๓m^๒/yr (เป้าหมาย: ≥ ๖๖%)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR < ๔ mL/min/๑.๗๓m ^๒ /yr (เป้าหมาย: ≥ ๖๖% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๒)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๔ (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มา รับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ ๒ ค่า (B)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มา รับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ ๒ ค่า ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ mL/min/๑.๗๓m ^๒ /yr ≥ ๖๖% (A/B) x ๑๐๐	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ

(วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาโรคไต

เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr (เป้าหมาย: ≥ ๖๖%)

๒. สถานการณ์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr (เป้าหมาย: ≥ ๖๖%)

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr (เป้าหมาย: ≥ ๖๖% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๒)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และมีค่าเฉลี่ย การเปลี่ยนแปลง < ๔ (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ ๒ ค่า (B)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ ๒ ค่า ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr ≥ ๖๖% (A/B) × ๑๐๐	
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ

(วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาการผ่าตัด One Day Surgery

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)

๒. สถานการณ์

.....

.....

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)

อำเภอ/จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขใน การเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่ กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับ การผ่าตัด One Day Surgery (A/B) x ๑๐๐	
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

.....

.....

.....

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/ เดือน/ ปี.....

โทร : e-mail :

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาการผ่าตัด One Day Surgery

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)

๒. สถานการณ์

.....

.....

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)

จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับ การผ่าตัด One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไข การเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการ ผ่าตัด One Day Surgery (A/B) x ๑๐๐	
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

.....

.....

.....

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

.....

.....

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/ เดือน/ ปี.....

โทร : e-mail :

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๑.๑ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)	< ร้อยละ ๗
๑.๒ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I๖๐-I๖๒)	< ร้อยละ ๒๕
๑.๓ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I๖๓)	< ร้อยละ ๕
๑.๔ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)	≥ ร้อยละ ๕๐
๑.๕ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ ๔๐
๑.๖ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time)	≥ ร้อยละ ๖๐

๒. สถานการณ์

.....

.....

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

(๑) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่าย สถานะตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองจากทุก หอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุก หอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (B)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x ๑๐๐	
อำเภอ				
อำเภอ				

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่าย สถานะตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองจากทุก หอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุก หอผู้ป่วย ในเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (B)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x ๑๐๐	
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(๒) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I๖๐-I๖๒)

(เป้าหมาย : < ร้อยละ ๒๕)

อำเภอ/จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I๖๐-I๖๒) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๒๕)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒) (C)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจาก ทุกหอผู้ป่วยในเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒) (D)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตก (C/D) x ๑๐๐	
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

- (๓) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I๒๓)
(เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I๒๓) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการ จำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๒๓) (E)	จำนวนครั้งของการจำหน่าย ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลา เดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๓) (F)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (E/F) x ๑๐๐	
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

- (๔) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๒๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)
(เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๕๐)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๒๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๕๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบ พลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทาง หลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาล (OPD/ER) (รหัส ICD-๑๐ = I๒๓) (G)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตันระยะ เฉียบพลันที่มี อาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลาย ลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำใน ช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๓) (H)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่ม เลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (G/H) x ๑๐๐	
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(๕) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๒๐-I๒๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ ๔๐)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๒๐-I๒๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ ๔๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๙) (I)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาในระยะเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๙) (J)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (I/J) x ๑๐๐	
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(๖) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๒๐-I๒๒) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ ๖๐)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๒๐-I๒๒) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ ๖๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๒) (K)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในระยะเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๒) (L)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (K/L) x ๑๐๐	
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
อำเภอ				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมเขตสุขภาพ)

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....
 ตำแหน่ง.....
 วัน/ เดือน/ ปี.....
 โทร : e-mail :

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๑.๑ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)	< ร้อยละ ๗
๑.๒ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I๖๐-I๖๒)	< ร้อยละ ๒๕
๑.๓ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I๖๓)	< ร้อยละ ๕
๑.๔ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)	≥ ร้อยละ ๕๐
๑.๕ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ ๔๐
๑.๖ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time)	≥ ร้อยละ ๖๐

๒. สถานการณ์

.....

.....

.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

(๑) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)

จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองจากทุก หอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (A)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุก หอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (B)	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x๑๐๐	
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(๒) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : ๒๐-๒๒)

(เป้าหมาย : < ร้อยละ ๒๕)

จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : ๒๐-๒๒) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๒๕)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตกจากทุก หอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = ๒๐-๒๒) (C)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจาก ทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = ๒๐-๒๒) (D)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตก (C/D) x ๑๐๐	
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(๓) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : ๒๓)

(เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕)

จังหวัด	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : ๒๓) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕)			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการจำหน่าย สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/อุดตันจาก ทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = ๒๓) (E)	จำนวนครั้งของการจำหน่าย ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลา เดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = ๒๓) (F)	ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตัน (E/F) x ๑๐๐	
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

- (๔) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ ๕๐)

จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ ๕๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) (รหัส ICD-๑๐ =I๖๓) (G)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ =I๖๓) (H)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (G/H) x ๑๐๐	
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

- (๕) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ ๔๐)

จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit(เป้าหมาย : \geq ร้อยละ ๔๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รหัส ICD-๑๐ =I๖๐-I๖๙) (I)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ =I๖๐-I๖๙) (J)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (I/J) x ๑๐๐	
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

(๖) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๖๐)

จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๖๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-๑๐ =I๖๐-I๖๒) (K)	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ =I๖๐-I๖๒) (L)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (K/L) x ๑๐๐	
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
จังหวัด				
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ(วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมเขตสุขภาพ)

.....

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

.....

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....
.....
.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....
.....
.....

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร: e-mail :

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ สาขาอายุรกรรม

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

- (๑) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๓๐
- (๒) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic \geq ร้อยละ ๙๐
- (๓) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) \geq ร้อยละ ๙๐
- (๔) อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) \geq ร้อยละ ๙๐
- (๕) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม. \geq ร้อยละ ๓๐
- (๖) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

๒. สถานการณ์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

(๑) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

อำเภอ	รายการข้อมูล				อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (A+C) / D × ๑๐๐	หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๒ ดีขึ้น (B)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ดีขึ้น (C)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ดีขึ้น palliative (รหัส Z ๕๑.๕) (D)		
อำเภอ						
อำเภอ						
อำเภอ						
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)						

(๒) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic \geq ร้อยละ ๙๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด (B)	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic $(A/B) \times 100$	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(๓) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) \geq ร้อยละ ๙๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. $(A/B) \times 100$	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(๔) อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) \geq ร้อยละ ๙๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (A/B) \times ๑๐๐	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(๕) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. \geq ร้อยละ ๓๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน ๓ ชม. (A)	จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน ๓ ชม. (A/B) \times ๑๐๐	
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
อำเภอ.....				
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(๖) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

๑. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
๒. มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในรพ.โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทาง โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๓. เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ

เริ่มดำเนินการ = มีข้อ ๑

กำลังดำเนินการ = มีข้อ ๑ และ ข้อ ๒

ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว = มีครบทั้ง ๓ ข้อ

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ ๑ SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

- Temperature > ๓๘°C or < ๓๖°C
- Heart rate > ๙๐ beats/min
- Respiratory rate > ๒๐ /min หรือ PaCO_๒ < ๓๒ mm Hg
- WBC > ๑๒,๐๐๐ /mm^๓, < ๔๐๐๐ /mm^๓, หรือมี band form >๑๐ %

ตารางที่ ๒ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

- มีภาวะ hypotension
- ค่า blood lactate level > ๒ mmol/L (๑๘ mg/dL)
- Urine output < ๐.๕ mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า ๒ ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ
- Acute lung injury ที่มี PaO_๒/FiO_๒ < ๒๕๐ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ
- Acute lung injury ที่มี PaO_๒/FiO_๒ < ๒๐๐ โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ
- Creatinine > ๒.๐ mg/dL (๑๗๖.๘ μmol/L)
- Bilirubin > ๒ mg/dL (๓๔.๒ μmol/L)
- Platelet count < ๑๐๐,๐๐๐ μL
- Coagulopathy (international normalized ratio > ๑.๕ หรือ aPTT > ๖๐ วินาที)

ตารางที่ ๓ qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

๑. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า ๑๕ ก็ได้)
๒. Systolic blood pressure ≤ ๑๐๐ mm Hg
๓. Respiratory rate ≥ ๒๒/min

ตารางที่ ๔ SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ดี ตื่นดี ทุกความรู้สึก	ซึม แค่เรียกแล้วลืม คำสับสน	ซึมนมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมคา	ไม่รู้รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ ๐ (Level ๐)

Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital

ระดับ ๑ (Level ๑)

Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team

ระดับ ๒ (Level ๒)

Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those 'stepping down' from higher levels of care

ระดับ ๓ (Level ๓)

Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure

ตารางที่ ๕ Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤ ๗๐	+๓
๗๑-๘๐	+๒
๘๑-๑๐๐	+๑
๑๐๑-๑๕๙	๐
≥ ๒๐๐	+๒
Heart rate (beats per minute)	
< ๔๐	+๒
๔๑-๕๐	+๑
๕๑-๑๐๐	๐
๑๐๑-๑๑๐	+๑
๑๑๑-๑๒๙	+๒
≥ ๑๓๐	+๓
Respiratory rate (beats per minute)	
< ๙	+๒
๙-๑๔	๐
๑๕-๒๐	+๑
๒๑-๒๙	+๒
≥ ๓๐	+๓
Temperature in °C (°F)	
< ๓๕ (<๙๕)	+๒
๓๕-๓๘.๔ (๙๕-๑๐๑.๑๒)	๐
≥ ๓๘.๕°C (๑๐๑.๓)	+๒

Interpretation

- A score ≥ ๕ is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.
- For any single physiological parameter scored +๓, consider higher level of care for patient.

หมายเหตุ:

๑. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
๒. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z ๕๑.๕)

นियามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

๑. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ ในกรณีที่เคยมีผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงแล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลา วินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

๓. อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม. แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม. แรก หลังวินิจฉัย

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

๔. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน ๓ ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน ๓ ชม. (sepsis fast track)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน ๓ ชม.}}{\text{จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ: วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
หัวข้อ สาขาอายุรกรรม
เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

- (๑) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๓๐
- (๒) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic \geq ร้อยละ ๙๐
- (๓) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) \geq ร้อยละ ๙๐
- (๔) อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) \geq ร้อยละ ๙๐
- (๕) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม. \geq ร้อยละ ๓๐
- (๖) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

๒. สถานการณ์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่ใช้เป็นการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

(๑) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

	รายการข้อมูล					หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๒ ตีขึ้น (B)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ตีขึ้น (C)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ตีขึ้น palliative (รหัส Z ๕๑.๕) (D)	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (A+C) / D x ๑๐๐	
จังหวัด						
จังหวัด						
จังหวัด						
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)						

(๒) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic \geq ร้อยละ ๙๐

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A/B) \times ๑๐๐	
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(๓) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) \geq ร้อยละ ๙๐

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (A/B) \times ๑๐๐	
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(๔) อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) \geq ร้อยละ ๙๐

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (A/B) \times ๑๐๐	
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(๕) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. \geq ร้อยละ ๓๐

จังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน ๓ ชม. (A)	จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน ๓ ชม. (A/B) \times ๑๐๐	
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
จังหวัด.....				
ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) (ระบุวันที่)				

(๖) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
- มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในรพ.โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทาง โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ

เริ่มดำเนินการ = มีข้อ ๑

กำลังดำเนินการ = มีข้อ ๑ และ ข้อ ๒

ดำเนินการเรียบร้อย = มีครบทั้ง ๓ ข้อ

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ ๑ SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

- Temperature > ๓๘°C or < ๓๖°C
- Heart rate > ๙๐ beats/min
- Respiratory rate > ๒๐ /min หรือ PaCO_๒ < ๓๒ mm Hg
- WBC > ๑๒,๐๐๐ /mm^๓, < ๔๐๐๐ /mm^๓, หรือมี band form >๑๐ %

ตารางที่ ๒ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

- มีภาวะ hypotension
- ค่า blood lactate level > ๒ mmol/L (๑๘ mg/dL)
- Urine output < ๐.๕ mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า ๒ ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ
- Acute lung injury ที่มี PaO_๒/FiO_๒ < ๒๕๐ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ
- Acute lung injury ที่มี PaO_๒/FiO_๒ < ๒๐๐ โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ
- Creatinine > ๒.๐ mg/dL (๑๗๖.๘ μmol/L)
- Bilirubin > ๒ mg/dL (๓๔.๒ μmol/L)
- Platelet count < ๑๐๐,๐๐๐ μL
- Coagulopathy (international normalized ratio > ๑.๕ หรือ aPTT > ๖๐ วินาที)

ตารางที่ ๓ qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

๑. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า ๑๕ ก็ได้)
๒. Systolic blood pressure ≤ ๑๐๐ mm Hg
๓. Respiratory rate ≥ ๒๒/min

ตารางที่ ๔ SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ดี พูดคุยเรื่อง บุคคลผู้เรื่อง	ซึม แต่เรียกแล้วลืม คำสั่งเมื่อ	ซึมมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมคา	ไม่รู้รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ ๐ (Level ๐)

Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital

ระดับ ๑ (Level ๑)

Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team

ระดับ ๒ (Level ๒)

Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those 'stepping down' from higher levels of care

ระดับ ๓ (Level ๓)

Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure

ตารางที่ ๕ Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤ ๗๐	+๓
๗๑-๘๐	+๒
๘๑-๑๐๐	+๑
๑๐๑-๑๕๙	๐
≥ ๒๐๐	+๒
Heart rate (beats per minute)	
< ๔๐	+๒
๔๑-๕๐	+๑
๕๑-๑๐๐	๐
๑๐๑-๑๑๐	+๑
๑๑๑-๑๒๙	+๒
≥ ๑๓๐	+๓
Respiratory rate (beats per minute)	
< ๙	+๒
๙-๑๔	๐
๑๕-๒๐	+๑
๒๑-๒๙	+๒
≥ ๓๐	+๓
Temperature in °C (°F)	
< ๓๕ (<๙๕)	+๒
๓๕-๓๘.๔ (๙๕-๑๐๑.๑๒)	๐
≥ ๓๘.๕°C (๑๐๑.๓)	+๒

Interpretation

- A score ≥ ๕ is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.
- For any single physiological parameter scored +๓, consider higher level of care for patient.

หมายเหตุ:

๑. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

๒. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z ๕๑.๕)

นियามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

๑. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงแล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

๓. อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม. แรก หลังวินิจฉัย

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

๔. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน ๓ ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน ๓ ชม. (sepsis fast track)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน ๓ ชม.}}{\text{จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ: วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ Service excellence (บริการเป็นเลิศ)

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

(๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

(๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq 10\%$

๒. สถานการณ์.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

(๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

จังหวัด	รายการข้อมูล		
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๕) (A)	จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ $(A/B) \times 100,000$
อำเภอ ๑			
อำเภอ ๒			
อำเภอ.....			
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)			

(๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq 10\%$

จังหวัด	รายการข้อมูล		
	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๑-I๒๑.๓) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A)	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๑-I๒๑.๓) ทั้งหมด (B)	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $(A/B) \times 100$
อำเภอ ๑			
อำเภอ ๒			
อำเภอ.....			
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)			

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ผู้รายงาน.....
 ตำแหน่ง.....
 วัน/เดือน/ปี.....
 โทร.....E-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
 คณะที่ ๒ Service excellence (บริการเป็นเลิศ)
 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ
 เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

- (๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร
 (๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq 10\%$

๒. สถานการณ์.....

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ.....

- (๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

เขตสุขภาพ	รายการข้อมูล		
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๕) (A)	จำนวนประชากรกลางปี ในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x ๑๐๐,๐๐๐
จังหวัด ๑			
จังหวัด ๒			
จังหวัด.....			
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)			

- (๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq 10\%$

เขตสุขภาพ	รายการข้อมูล		
	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๑- I๒๑.๓) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A)	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๑- I๒๑.๓) ทั้งหมด (B)	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตใน โรงพยาบาล (A/B) x ๑๐๐
จังหวัด ๑			
จังหวัด ๒			
จังหวัด..			
ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่รับ ตรวจ)			

๓.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

.....

.....

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....E-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ.....การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด.....

จังหวัด..... เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. สถานการณ์ปัญหาเสพยาเสพติด: การแพร่ระบาด นโยบายและการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรัการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๒.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ ตามตัวชี้วัด รอยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) (เป็นข้อมูลสะสมตั้งแต่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๑) (ข้อมูลรวมทุกระบบ) รายงานสะสมเป็นรายไตรมาส

อำเภอ	รายการข้อมูล						
	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาเทียบกับเป้าหมาย	จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทุกระบบที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี หลังจำหน่าย (A๑)	จำนวนผู้ติดยาเสพติดทุกระบบที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายทั้งหมด (B๑)	รอยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) = $A๑/B๑*๑๐๐$	จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วหยุดเสพยาต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่าย (A๒)	จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด (B๒)	รอยละของผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยาต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน = $A๒/B๒*๑๐๐$
อำเภอ....							
อำเภอ.....							
อำเภอ.....							
รวมจังหวัด (ระบุข้อมูล ณ วันที่.....)							

๒.๒ ข้อมูลผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

(๑) การตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับ รพ.สต. รพ. ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

(๒) แผนและผลการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมในแต่ละด้าน

(๒.๑) ระบบบริการและการรับส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ

(๒.๒) การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟู (HA ยาเสพติด) ในจังหวัดและเขตสุขภาพ

(๒.๓) การพัฒนาระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)

.....

(๒.๔) การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community based treatment and rehabilitation)

.....

(๒.๕) การพัฒนาบุคลากร

.....

(๒.๖) การกำกับดูแลและการประสานความร่วมมือกับหน่วยบำบัดฟื้นฟูนอกสังกัด สธ.

.....

๓. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๔. ข้อเสนอแนะของพื้นที่และทีมตรวจราชการ ต่อนโยบาย/ต่อหน่วยงานส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

๕. พื้นที่และรูปแบบการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในพื้นที่: CBTx (การกำหนดนโยบาย หน่วยงานที่มีส่วนร่วม รูปแบบ/กระบวนการ ปัจจัยและผลความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ.....การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด.....

เขตสุขภาพที่..... ตรวจราชการวันที่.....

๑. สถานการณ์ปัญหายาเสพติด: การแพร่ระบาด นโยบายและการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรัการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๒.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ ตามตัวชี้วัด ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) (เป็นข้อมูลสะสมตั้งแต่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๑) (ข้อมูลรวมทุกระบบ) รายงานสะสมเป็นรายไตรมาส

อำเภอ	รายการข้อมูล						
	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาเทียบกับเป้าหมาย	จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทุกระบบที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปีหลังจำหน่าย (A๑)	จำนวนผู้ติดยาเสพติดทุกระบบที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายทั้งหมด (B๑)	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) = $A๑/B๑ \times ๑๐๐$	จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่าย (A๒)	จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด (B๒)	ร้อยละของผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน = $A๒/B๒ \times ๑๐๐$
จังหวัด....							
จังหวัด....							
จังหวัด....							
รวมเขต (ระบุข้อมูล ณ.วันที่.....)							

๒.๒ ข้อมูลผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

(๑) การตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับ รพ.สต. รพ. ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

(๒) แผนและผลการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมในแต่ละด้าน

(๒.๑) ระบบบริการและการรับส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ

(๒.๒) การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟู (HA ยาเสพติด) ในจังหวัดและเขตสุขภาพ

(๒.๓) การพัฒนาระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)

.....

(๒.๔) การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community based treatment and rehabilitation)

.....

(๒.๕) การพัฒนาบุคลากร

.....

(๒.๖) การกำกับดูแลและการประสานความร่วมมือกับหน่วยบำบัดฟื้นฟูนอกสังกัด สธ.

.....

๓. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

๔. ข้อเสนอแนะของพื้นที่และทีมตรวจราชการ ต่อนโยบาย/ต่อหน่วยงานส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

๕. พื้นที่และรูปแบบการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: CBTx ที่สามารถเป็นต้นแบบของเขตสุขภาพ (การกำหนดนโยบาย หน่วยงานที่มีส่วนร่วม รูปแบบ/กระบวนการ ปัจจัยและผลความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

(ตย.แบบฟอร์มสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็น) คณะที่ ๑-๔)
 รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
 คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

๑. ประเด็นตรวจราชการ : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๒.

(ชื่อ)ตัวชี้วัดตรวจราชการ	เป้าหมาย	ผลงาน

๓. วิเคราะห์สถานการณ์.....

๔. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ (ข้อมูลเชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เขต ๑	เขต ๒	เขต	ภาพรวมเขต	(สำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ)
			รอบ ๑ ข้อมูล ๖ เดือน ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒	รอบ ๑ ข้อมูล ๖ เดือน ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒		รอบ ๑ ข้อมูล ๖ เดือน ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒	ภาพรวมเขต -รอบ ๑ ข้อมูล ณ ไตรมาส ๑ (ข้อมูล ต.ค. - ธ.ค.๖๑)
			รอบ ๒ ข้อมูล ๙ เดือน ต.ค.๖๑-มี.ย.๖๒	รอบ ๒ ข้อมูล ๙ เดือน ต.ค.๖๑-มี.ย.๖๒	รอบ ๒ ข้อมูล ๙ เดือน ต.ค.๖๑-มี.ย.๖๒	-รอบ ๒ ข้อมูล ณ ไตรมาส ๒ (ข้อมูล ต.ค.๖๑ - มี.ค.๖๒)
		เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		อัตรา/ร้อยละ					
		เป้าหมาย					
		ผลงาน					
		อัตรา/ร้อยละ					

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง

.....

นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

ระเบียบและคำสั่งที่เกี่ยวข้อง



**ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘**

.....

โดยที่การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นไปตามหลักการการบริหารแบบบูรณาการและการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๘) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี จึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๓๒

(๒) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๙

(๓) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๔๔

(๔) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการใช้สมุดตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๒

(๕) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยมาตรฐานทางคุณธรรมและจริยธรรมของผู้ตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๔

ข้อ ๔ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับกับการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการของหน่วยงานของรัฐทุกหน่วย ยกเว้นการตรวจราชการในหน่วยงานของรัฐสังกัดกระทรวงกลาโหม

ข้อ ๕ ในระเบียบนี้

“ผู้ตรวจราชการ” หมายความว่า ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ตรวจราชการกรม หรือผู้ดำรงตำแหน่งที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีหน้าที่ในการตรวจราชการ แต่ไม่รวมถึงผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบภายใน

“ผู้รับการตรวจ” หมายความว่า หน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่อยู่ในหน่วยงานของรัฐ

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า

- (๑) ราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น
- (๒) หน่วยงานในการบริหารราชการในต่างประเทศ
- (๓) รัฐวิสาหกิจ
- (๔) หน่วยงานของรัฐที่อยู่ในกำกับของฝ่ายบริหาร

“เจ้าหน้าที่ของรัฐ” หมายความว่า ผู้ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ แต่ไม่รวมถึงสมาชิกสภาท้องถิ่น

“กระทรวง” หมายความว่ารวมถึงสำนักนายกรัฐมนตรี และทบวงด้วย

“ปลัดกระทรวง” หมายความว่ารวมถึงปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี และปลัดทบวงด้วย

“กรม” หมายความว่ารวมถึงส่วนราชการที่มีฐานะเป็นกรม และส่วนราชการที่ไม่มีฐานะเป็นกรมแต่มีผู้บังคับบัญชาของส่วนราชการเป็นอธิบดีหรือผู้ดำรงตำแหน่งที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีฐานะเป็นอธิบดี

“อธิบดี” หมายความว่ารวมถึงหัวหน้าส่วนราชการของกรมด้วย

ข้อ ๖ ให้ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีรักษาการตามระเบียบนี้

หมวด ๑

วัตถุประสงค์และขอบเขตของการตรวจราชการ

.....

ข้อ ๗ การตรวจราชการมีวัตถุประสงค์ดังนี้

(๑) เพื่อชี้แจง แนะนำ หรือทำความเข้าใจกับหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐเกี่ยวกับแนวทางและการปฏิบัติงานหรือการจัดทำภารกิจตามนโยบายของรัฐบาล และแผนต่างๆ ของชาติ และของหน่วยงานของรัฐ

(๒) เพื่อตรวจติดตามว่าหน่วยงานของรัฐได้ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ มติของคณะรัฐมนตรี และคำสั่งของนายกรัฐมนตรี และเป็นไปตามความมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายของรัฐบาล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนการบริหารราชการแผ่นดิน แผนหรือยุทธศาสตร์ใดๆ ที่กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ชาติ หรือวาระแห่งชาติ หรือไม่

(๓) เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรค รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าในการปฏิบัติงานหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐ

(๔) เพื่อสดับรับฟังทุกข์สุข ความคิดเห็น และความต้องการ ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ และประชาชน

(๕) เพื่อแสวงหาข้อเท็จจริง และสืบสวนสอบสวนเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในพื้นที่

ข้อ ๘ การตรวจราชการตามระเบียบนี้ ให้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการประจำปี หรือตามที่ได้รับคำสั่งจากผู้บังคับบัญชา นายกรัฐมนตรี หรือคณะรัฐมนตรี

แผนการตรวจราชการประจำปีตามวรรคหนึ่ง ให้จัดทำตามรอบปีงบประมาณ โดยให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐและผู้ตรวจราชการร่วมกันจัดทำให้แล้วเสร็จภายในเดือนตุลาคมของปีงบประมาณนั้น

ถ้าในกระทรวงใดมีผู้ตรวจราชการทั้งในระดับกระทรวงและระดับกรม แผนการตรวจราชการประจำปีของกรม ต้องสอดคล้องกับแผนการตรวจราชการประจำปีของกระทรวง

ภายในเดือนกันยายนของทุกปี ให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเชิญหัวหน้าหน่วยงานที่มีแผนการตรวจราชการประจำปีตามวรรคสอง หรือผู้ตรวจราชการที่หัวหน้าหน่วยงานมอบหมาย มาร่วมประชุมปรึกษาหารือเพื่อจัดทำแผนการตรวจราชการประจำปีให้สอดคล้องโดยไม่ซ้ำซ้อนกันและเกิดการบูรณาการ รวมตลอดทั้งการกำหนดมาตรฐานและเครื่องมือในการตรวจติดตามของผู้ตรวจราชการให้เป็นแนวเดียวกันสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้

เมื่อที่ประชุมตามวรรคสามได้ข้อยุติเป็นประการใด ให้หน่วยงานทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามข้อยุตินั้น

ข้อ ๙ ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี รับผิดชอบและมีอำนาจและหน้าที่ในการตรวจราชการเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการในภาพรวมของหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกหน่วยในฐานะผู้สอดส่องดูแลแทนคณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

ผู้ตรวจราชการกระทรวง รับผิดชอบและมีอำนาจและหน้าที่ในการตรวจราชการเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการของหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐ เฉพาะในขอบเขตอำนาจและหน้าที่ของกระทรวง ในฐานะผู้สอดส่องดูแลแทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวง รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวง และ ปลัดกระทรวง

ผู้ตรวจราชการกรม รับผิดชอบและมีอำนาจและหน้าที่ในการตรวจราชการเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการของหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐ เฉพาะในขอบเขตอำนาจและหน้าที่ของกรม ในฐานะผู้สอดส่องดูแลแทนอธิบดี

ข้อ ๑๐ ในการตรวจราชการหากมีกรณีที่ต้องตรวจติดตามแผนงาน งาน และโครงการในเรื่องเดียวกัน ให้ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้ตรวจราชการกระทรวง และผู้ตรวจราชการกรม ที่เกี่ยวข้องประสานงานหรือร่วมกันดำเนินการ เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล และความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐและประโยชน์สุขของประชาชน

ข้อ ๑๑ การแบ่งพื้นที่การตรวจราชการ ให้เป็นไปตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี

หมวด ๒

อำนาจและหน้าที่ของผู้ตรวจราชการ

.....

ข้อ ๑๒ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการตรวจราชการตามข้อ ๗ ให้ผู้ตรวจราชการมีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) สั่งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้รับการตรวจปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้ถูกต้องตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ มติของคณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งของนายกรัฐมนตรี

(๒) สั่งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้รับการตรวจปฏิบัติหรืองดเว้นการปฏิบัติในเรื่องใดๆ ในระหว่างการตรวจราชการไว้ก่อน หากเห็นว่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ทางราชการหรือประโยชน์ของประชาชนอย่างร้ายแรง และเมื่อได้สั่งการดังกล่าวแล้ว ให้รายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อทราบหรือพิจารณาโดยด่วน

(๓) สั่งให้หน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐชี้แจง ให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารและหลักฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเพื่อประกอบการพิจารณา

(๔) สอบข้อเท็จจริง สืบสวนสอบสวน หรือสดับตรับฟังเหตุการณ์ เมื่อได้รับการร้องเรียน หรือมีเหตุอันสมควร โดยประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานตรวจสอบอื่นๆ เพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนหรือปัญหาอุปสรรคของหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ

(๕) ประเมินผลการปฏิบัติราชการของผู้รับการตรวจ และรายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อทราบ

(๖) เรียกประชุมเจ้าหน้าที่ของรัฐเพื่อชี้แจง แนะนำ หรือปรึกษาหารือร่วมกัน

ข้อ ๑๓ ในกรณีที่ผู้ตรวจราชการสั่งตามข้อ ๑๒ (๒) ให้ผู้รับการตรวจปฏิบัติตามคำสั่งนั้นโดยพลัน ในกรณีที่ผู้รับการตรวจไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าวได้ ให้ผู้รับการตรวจชี้แจงข้อขัดข้อง พร้อมเหตุผลให้ผู้ตรวจราชการทราบ และให้ผู้ตรวจราชการรายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อพิจารณาสั่งการต่อไป

ข้อ ๑๔ ในการตรวจราชการ ให้ผู้ตรวจราชการถือและปฏิบัติตามระเบียบและธรรมเนียมของทางราชการ และมาตรฐานในการปฏิบัติหน้าที่และจริยธรรมของผู้ตรวจราชการตามหมวด ๔

ข้อ ๑๕ เพื่อให้การตรวจราชการ เป็นไปอย่างมีเอกภาพและประสิทธิภาพ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวง หรือกรมใด โดยสภาพและปริมาณงานสมควรมีหัวหน้าผู้ตรวจราชการ ให้ผู้มีอำนาจตามกฎหมายมีอำนาจแต่งตั้งผู้ตรวจราชการคนใดคนหนึ่งเป็นหัวหน้าผู้ตรวจราชการ และจะให้มีรองหัวหน้าผู้ตรวจราชการด้วยก็ได้

ในกรณีมีความจำเป็นและเพื่อประโยชน์ของทางราชการ อาจขอกำหนดให้มีตำแหน่งหัวหน้าผู้ตรวจราชการเป็นการเฉพาะก็ได้

ให้หัวหน้าผู้ตรวจราชการมีอำนาจและหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ตรวจราชการ เพื่อให้การปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการเป็นไปตามระเบียบนี้

ข้อ ๑๖ ผู้รับการตรวจมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือแก่ผู้ตรวจราชการในการเข้าไปในสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อประโยชน์ในการตรวจราชการ

(๒) จัดเตรียมบุคคล เอกสาร หรือหลักฐานในการปฏิบัติงานให้ครบถ้วน และพร้อมที่จะให้ผู้ตรวจราชการตรวจสอบได้

(๓) ชี้แจงและตอบข้อซักถามต่างๆ พร้อมทั้งหาข้อมูลเพิ่มเติมให้แก่ผู้ตรวจราชการ

(๔) ปฏิบัติหรืองดเว้นการปฏิบัติงานใดๆ ที่ผู้ตรวจราชการได้สั่งการในระหว่างตรวจราชการไว้ก่อน หากไม่สามารถดำเนินการได้ตามที่ผู้ตรวจราชการสั่งการ ให้ชี้แจงข้อขัดข้องพร้อมเหตุผลให้ผู้ตรวจราชการทราบโดยเร็ว

(๕) ดำเนินการอื่นที่เป็นประโยชน์ในการตรวจราชการ

หมวด ๓

การรายงานและการดำเนินการตามผลการตรวจราชการ

.....

ข้อ ๑๗ ภายใต้บังคับข้อ ๑๘ เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจราชการในแต่ละคราว ให้ผู้ตรวจราชการรายงานผลการตรวจราชการ ดังต่อไปนี้

ในกรณีที่ได้แนะนำหรือสั่งการด้วยวาจาไว้ให้สรุปคำแนะนำและการสั่งการนั้นไว้ใน
รายงานด้วย

หมวด ๔

มาตรฐานในการปฏิบัติหน้าที่และจริยธรรมของผู้ตรวจราชการ

.....

ข้อ ๒๑ ผู้ตรวจราชการพึงรวบรวมข้อมูลและติดตามข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องที่จะตรวจอย่าง
ครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน และทำหน้าที่สอดส่องดูแลงานราชการทั้งที่เป็นของหน่วยงาน
ของรัฐต้นสังกัดของตนและราชการของหน่วยงานของรัฐอื่น ตรวจติดตามงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็ม
ความสามารถ รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้บังคับบัญชาวินิจฉัยสั่งการในการแก้ไข
ปัญหาได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง

ในกรณีที่พบเห็นปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น ไม่ว่าจะอยู่ในความรับผิดชอบของ
หน่วยงานของรัฐที่ตนสังกัดหรือไม่ ให้เป็นหน้าที่ที่จะต้องรายงานให้หน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในกิจการนั้น
ได้ทราบโดยทันทีด้วย และให้นำความในข้อ ๑๘ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ข้อ ๒๒ ผู้ตรวจราชการต้องร่วมมือและประสานงานระหว่างกันทุกระดับการตรวจราชการ
รวมทั้งประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานตรวจสอบหรือติดตามประเมินผลของส่วนราชการต่างๆ เพื่อให้
เกิดประโยชน์สูงสุดแก่การบริหารราชการแผ่นดิน

ข้อ ๒๓ ผู้ตรวจราชการต้องไม่รับสิ่งของมีค่าหรือผลประโยชน์ใดๆ จากผู้รับการตรวจหรือ
ผู้เกี่ยวข้อง

หมวด ๕

สมุดตรวจราชการ

.....

ข้อ ๒๔ ให้หน่วยงานของรัฐที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคจัดให้มีสมุดตรวจราชการไว้ประจำ ณ
สำนักงานหรือที่ทำการ

หน่วยของรัฐอื่นที่มีใช้หน่วยงานของรัฐตามวรรคหนึ่ง จะจัดให้มีสมุดตรวจราชการ
ตามที่เห็นสมควรหรือจำเป็นก็ได้

สมุดตรวจราชการอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญ ในเรื่องดังต่อไปนี้

(๑) วัน เดือน ปี ที่ตรวจ

(๒) กิจกรรมหรือวัตถุประสงค์ที่ตรวจ โดยจะระบุเกี่ยวกับสถานที่ งาน หรือโครงการ
ที่ตรวจไว้ด้วยก็ได้

(๓) ข้อเสนอแนะหรือการสั่งการของผู้ตรวจราชการที่จำเป็นต้องดำเนินการโดย
รีบด่วน และได้แนะนำหรือสั่งการไว้ด้วยวาจาแล้ว

(๔) การดำเนินการของผู้รับการตรวจ

ข้อ ๒๕ เมื่อผู้ตรวจราชการไปตรวจราชการที่สำนักงานหรือที่ทำการของหน่วยงานของรัฐ ให้ผู้ตรวจราชการบันทึกการตรวจราชการลงในสมุดตรวจราชการ พร้อมทั้งลงลายมือชื่อ ตำแหน่ง และวัน เดือน ปี ที่ตรวจไว้เป็นหลักฐาน

ในกรณีที่ผู้ตรวจราชการไปตรวจราชการเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของรัฐหลายหน่วยและได้บันทึกการตรวจราชการไว้ในสมุดตรวจราชการที่หน่วยงานของรัฐหน่วยใดหน่วยหนึ่งแล้ว อาจไม่ลงบันทึกรายละเอียดที่ตรวจนั้นในสมุดตรวจราชการเล่มอื่นในเขตท้องที่เดียวกันก็ได้ แต่ต้องบันทึกอ้างอิงไว้ในสมุดตรวจราชการของหน่วยงานของรัฐแห่งอื่นที่ตรวจนั้นด้วย

ข้อ ๒๖ ให้ผู้รับการตรวจดำเนินการตามผู้ตรวจราชการบันทึกไว้ในข้อ ๒๕ ในกรณีที่ สามารถดำเนินการได้โดยทันที ให้รีบดำเนินการโดยไม่ชักช้า แล้วบันทึกไว้ในสมุดตรวจราชการ ในกรณีที่ ไม่สามารถดำเนินการตามผู้ตรวจราชการบันทึกได้ทันทีหรือไม่สามารถดำเนินการได้ ให้บันทึกชี้แจงข้อขัดข้อง พร้อมทั้งเหตุผลไว้ในสมุดตรวจราชการ

ข้อ ๒๗ ภายในห้าวันทำการนับแต่วันที่ผู้ตรวจราชการได้บันทึกการตรวจราชการในสมุด ตรวจราชการตามข้อ ๒๕ ให้ผู้รับการตรวจจัดทำสำเนาการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการในสมุดตรวจ ราชการ และผลการดำเนินการของผู้รับการตรวจเสนอต่อผู้บังคับบัญชา

ในกรณีที่ผู้รับการตรวจหรือกิจกรรมที่ตรวจอยู่ในเขตพื้นที่ของจังหวัดนอก กรุงเทพมหานคร ให้รายงานผู้ว่าราชการจังหวัดทราบด้วย

บทเฉพาะกาล

.....

ข้อ ๒๘ หน่วยงานของรัฐใดมีระเบียบว่าด้วยการตรวจราชการของหน่วยงานของตนเองเป็นการ เฉพาะและไม่สอดคล้องกับระเบียบนี้ ให้ดำเนินการปรับปรุงระเบียบดังกล่าวให้สอดคล้องกับระเบียบนี้

ในกรณีที่ต้องมีการปรับปรุงระเบียบตามวรรคหนึ่ง และยังมีได้มีการปรับปรุง ระเบียบ ให้ผู้ตรวจราชการและผู้รับการตรวจปฏิบัติตามระเบียบนี้

ข้อ ๒๙ สมุดตรวจราชการหรือแบบตรวจราชการที่มีอยู่ในวันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับให้คงใช้ได้ ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๔๘

พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร

(ทักษิณ ชินวัตร)

นายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๒ ตอนพิเศษ ๗๖ ง วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๔๘

สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๔๗๙/๒๕๖๐

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

อนุสนธิคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๘๒๖/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ เพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบสนับสนุนการตรวจราชการให้เป็นไปด้วยความเหมาะสม และสามารถสนับสนุนการดำเนินงานของผู้ตรวจราชการและคณะกรรมการตรวจราชการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น

เนื่องจากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมายในด้านการตรวจราชการเพิ่มขึ้น รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงบุคคลผู้รับผิดชอบงาน ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาระบบการตรวจราชการสามารถสนับสนุนการตรวจราชการให้บรรลุเป้าหมายอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ จึงยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๘๒๖/๒๕๕๙ และขอแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

- | | |
|--|-----------|
| ๑. หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | ประธาน |
| ๒. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย | รองประธาน |
| ๓. รองอธิบดีกรมการแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๔. รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๕. รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๖. รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๗. รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๘. รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๙. รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๑๐. รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| ๑๑. ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| ๑๒. ผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| ๑๓. ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมอนามัย | กรรมการ |
| ๑๔. ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมควบคุมโรค | กรรมการ |
| ๑๕. ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | กรรมการ |
| ๑๖. ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต | กรรมการ |
| ๑๗. ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๘. ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนเขตสุขภาพและบริหารโครงการพิเศษ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๙. ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| ๒๐. ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |
| ๒๑. ผู้อำนวยการกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |

๒๒. ผู้อำนวยการกอง...

๒๒.	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๓.	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๔.	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๕.	ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิ และคลินิกหมอครอบครัว	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๖.	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๗.	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๘.	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๙.	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๐.	ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๑.	ผู้อำนวยการกองบริหารงานคลัง	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๒.	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๓.	หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ กองตรวจราชการ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๔.	หัวหน้ากลุ่มประเมินผล กองตรวจราชการ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๕.	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ
๓๖.	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ	กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๓๗.	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนของกลุ่ม พัฒนาระบบตรวจราชการ	กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการจัดทำแผน และแนวทางการตรวจราชการให้เป็นไปอย่างบูรณาการสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง และการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

๒. ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการติดตามรายงานผลการตรวจราชการที่สามารถสะท้อนปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง/หน่วยงานส่วนกลางในการพิจารณาสนับสนุนทรัพยากรและแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนการพัฒนาในเชิงนโยบายต่อไป

๓. กำหนดแนวทางและพัฒนาระบบสนับสนุนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

๔. สนับสนุนการดำเนินงานของผู้ตรวจราชการและคณะ เพื่อให้การตรวจราชการในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

๖. ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ปลัดกระทรวงมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

สำเนาถูกต้อง
สิรินันท์ พานพิศ
(นางสาวสิรินันท์ พานพิศ)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

ลงชื่อ นายศุภกิจ ศิริลักษณ์
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๕๒๘/๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (คกต.)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้การบริหารราชการแผ่นดิน และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กล่าวว่า การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่ง ในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐ เป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นไปตามหลักการการบริหารแบบบูรณาการและการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้กำหนดขอบเขตการตรวจราชการใน ๔ ภารกิจหลัก ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

เพื่อให้การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปอย่างบูรณาการ สอดคล้องตามนโยบายและเป้าหมายยุทธศาสตร์ของกระทรวง และบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุขจึงแต่งตั้งบุคคลดังมีรายชื่อตามเอกสารแนบท้ายคำสั่งนี้ ประกอบด้วยคณะกรรมการ ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ นโยบาย และทิศทางในการพัฒนาประเทศ และแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข

๒) กำหนดนโยบาย ทิศทาง และกรอบประเด็นการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๓) กำหนดกรอบประเด็น ตัวชี้วัด และแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยภารกิจการตรวจราชการ ๓ คณะ

๔) กำกับ ติดตาม การดำเนินงานของคณะที่ ๑-๔ และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๕) พัฒนาระบบงาน เครื่องมือ กลไกในการตรวจราชการ

๖) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

๗) ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ปลัดกระทรวงมอบหมาย

๒. คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวน ๔ คณะ ดังนี้

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพ

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

คณะที่ ๔ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

โดย คณะกรรมการ...

โดย คณะกรรมการคณะที่ ๑-๓ มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- ๑) กำหนดกรอบตามประเด็นการตรวจราชการ
- ๒) กำหนดรายละเอียดแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) และเครื่องมือในการตรวจ กำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- ๓) พัฒนากลไก กระบวนการในการตรวจราชการของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- ๔) ติดตามประเมินผลการตรวจราชการ ตามประเด็นของคณะที่ได้รับมอบหมาย
- ๕) กำกับ ติดตาม และสรุปผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ
- ๖) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม
- ๗) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

โดย คณะกรรมการคณะที่ ๔ มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- ๑) กำหนดกรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี
- ๒) กำหนดประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี
- ๓) รายงานข้อมูลโครงการ/กิจกรรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวง ในแต่ละยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาภาค
- ๔) ร่วมตรวจราชการในพื้นที่ พร้อมทั้งติดตาม กำกับ ผลการดำเนินการตามโครงการที่กำหนด
- ๕) รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการตรวจราชการ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อสำนักนายกรัฐมนตรี คณะกรรมการอำนวยการฯ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๖) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ลงชื่อ นายบุญชัย ชีระกาญจน์
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง
สิรินันท์ พานพิศ
(นางสาวสิรินันท์ พานพิศ)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

เอกสารแนบท้าย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๕๒๘/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนาจการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (คกต.)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

๑.	นายบุญชัย ชีระกาญจน์	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	ประธาน
๒.	นายณรงค์ สายวงศ์	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	รองประธาน
๓.	นายสุเทพ เพชรมาก	รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง	รองประธาน
๔.	นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๕.	นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
๖.	นายสุระ วิเศษศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๗.	นายปานเนตร ปางพุฒิพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
๘.	นายอิทธิพล สูงแข็ง	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	กรรมการ
๙.	นายชาญวิทย์ ทระเทพ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๑๐.	นายธงชัย กীরดีหัตถยากร	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
๑๑.	นายพิทักษ์พล บุญยมาลิก	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
๑๒.	นายเจษฎา ฉายคุณรัฐ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
๑๓.	นายไพศาล ฉัญญาวินิชกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๑๔.	นายไชยรินทร์ ทยาวิวัฒน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
๑๕.	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓		กรรมการ
๑๖.	นายสมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๑๗.	นายกิตติ กรรภิมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
๑๘.	นายอภิชาติ รอดสม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
๑๙.	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗		กรรมการ
๒๐.	นายสวัสดิ์ อภิวัจน์วงศ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๒๑.	นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
๒๒.	นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
๒๓.	นายอุดม ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
๒๔.	นายสมเกียรติ ข่านุรักษ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
๒๕.	เลขาธิการคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๑-๔		กรรมการ
๒๖.	นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ

๒๗.นางลักษณ์...

๒๗. นางลักษณา ว่องประทานพร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๘. นางปาริฉัตร ตันติยวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๙. นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๓๐. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ ผู้ช่วยหัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๓๑. นางสาวขวัญแก้ว จันทรวีเชียร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ ผู้ช่วยหัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๕๒๘/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (คกต.)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพ

๑.	นายณรงค์ สายวงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	ประธาน
๒.	นายอิทธิพล สูงแข็ง	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗	รองประธาน
๓.	นายเจษฎา ฉายคุณรัฐ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธาน
๔.	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗		กรรมการ
๕.	นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
๖.	นายสมเกียรติ ขำนุรักษ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
๗.	นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา	รักษาการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
๘.	นางจรรยา จำนงค์ดี	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
๙.	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗		กรรมการ
๑๐.	นางจุฑารัตน์ มากคงแก้ว	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการ
๑๑.	นางสุนันทา กาญจนพงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
กรมอนามัย			
๑๒.	นางพิมพ์พรรณ ต่างวิวัฒน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
๑๓.	นายบุญฤทธิ์ สุจริตน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย	กรรมการ
๑๔.	นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
๑๕.	นางนงนพรัตน์ สุนทร	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	กรรมการ
๑๖.	นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
๑๗.	นายกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย	กรรมการ
๑๘.	นางกุลนันท์ เสนคำ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
๑๙.	นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
๒๐.	นางประภาภรณ์ จังพานิช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	กรรมการ
๒๑.	นางปรียานุช บุรณะภักดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย	กรรมการ

๒๒. นางวิมล...

๒๒.	นางวิมล บ้านพวน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย	กรรมการ
๒๓.	นายสมสุข โสภานิตย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย	กรรมการ
๒๔.	นายสมเกียรติ ปฎิรพ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
๒๕.	นายธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	กรรมการ
๒๖.	นางสาวมลฤดี ตรีวิทย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมอนามัย	กรรมการ
๒๗.	นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย	กรรมการ
๒๘.	นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
กรมสุขภาพจิต			
๒๙.	นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๓๐.	นางสาวเบญจมาศ พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๓๑.	นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
กรมควบคุมโรค			
๓๒.	นายพรพิทักษ์ พันธุ์กล้า	ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๓๓.	นายชยพันธ์ สิริบุศย์	ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๓๔.	นางจรีพร คงประเสริฐ	รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๓๕.	นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๓๖.	นางสุธิดา วรโชติธนน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค	กรรมการ

๓๗.นางสาวอารีพิศ...

๓๗.	นางสาวอารีพิศ พรหมรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๓๘.	นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มิ่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๓๙.	นางวิไลลักษณ์ ทฤทธรรพพงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๔๐.	นางสาวกมลชนก สุขอนันต์	นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ กรมควบคุมโรค	กรรมการ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๔๑.	นายภานุวัฒน์ ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๒.	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ		กรรมการ
๔๓.	นายอัศวพล คุรุศาสตร์	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๔.	นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๕.	นางศุภกัญญา ภาวังกะรัต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๖.	นางจันทร์ทิพย์ พงษ์สนาม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๔๗.	นายขนิษฐา ตรีงามเมือง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๔๘.	นางณปภัช นฤคนธ์	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๔๙.	นางอัจฉรา วิไลสกุลยง	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบงานยาเสพติดและ สารเสพติด กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

๕๐. นายสรวิชัย...

ฝ่ายเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ

๕๐. นายสรารุฒิ บุญสุข	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	กรรมการและ เลขานุการ
๕๑. นางสาวภัสสรดา สระดอกบัว	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๒. นางพรอนันต์ กิตติมั่นคง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๓. นางสาวศิญาภัทร์ จำรัสอิวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๔. นางดุขฎิ ทองศิริ	ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๕๒๘/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (คกต.)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

๑.	นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑	ประธาน
๒.	นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	รองประธาน
๓.	นายชาญวิทย์ ทระเทพ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	รองประธาน
๔.	นายธงชัย กীরติหัตถยากร	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	รองประธาน
๕.	นายไพศาล ธัญญาวิณิชกุล	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๖.	นายไชยรินทร์ ทยาวิวัฒน์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
๗.	นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๘.	นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ
๙.	นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
๑๐.	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง	เขตสุขภาพที่ ๑	กรรมการ
๑๑.	นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒	กรรมการ
๑๒.	นางสิริพรรณ โชติกมาศ	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๑๓.	นายถาวร สกฤพานิษฐ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐	กรรมการ

กรมควบคุมโรค

๑๔.	นางผลิน กมลวัฒน์	ผู้อำนวยการสำนักวิจัยโรค กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๕.	นายอรรถกร จันทร์มาทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิจัยโรค กรมควบคุมโรค	กรรมการ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑๖.	นายสมศักดิ์ กริชชัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
-----	---------------------	---	---------

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑๗.	นายชัยพร สุชาติสุนทร	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๘.	นางสาวดารณี คัมภีระ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

กรมการแพทย์

๑๙.	นายณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
๒๐.	นายธีรชัย ยงชัยตระกูล	ผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ

๒๑. นายปฐินทร์...

กรมสุขภาพจิต

๒๑. นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กรมการ
๒๒. นางสาวเบญจมาศ พงษ์กานนท์ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กรมการ
๒๓. นางพรทิพย์ ดำรงปัทมา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กรมการ

กองบริหารการสาธารณสุข

๒๔. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองบริหารการสาธารณสุข กรมการ
๒๕. นางฉวีภรณ์ รังสิษฐ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข กรมการ

สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกครอบครัว

๒๖. นางสาวณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกครอบครัว กรมการ

สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพตีวิถีไทย

๒๗. นายยงยศ ธรรมวุฒิ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพตีวิถีไทย กรมการ
๒๘. นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพตีวิถีไทย กรมการ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๒๙. นางสาวสรียา เวชวิฐาน เกสัชกรชำนาญการ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการ
๓๐. นางสาวนุชรินทร์ โตมาชา เกสัชกรชำนาญการ สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการ

กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓๑. นายสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒ กองตรวจราชการ กรมการ
๓๒. นางปาริฉัตร ตันติยวงค์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ กองตรวจราชการ กรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๓. นางกองมณี สุรวงษ์สิน หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ กองตรวจราชการ กรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๓๔. นายชาติ...

ฝ่ายเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ

๓๔. นายชาติ เอี่ยมมา	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
๓๕. นางโกสุม สาลี	ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๓๖. นางอรุณัท นิลวัตร	ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๕๒๘/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (คกต.)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

คณะที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการสุขภาพ

๑. นายสุเทพ เพชรหมาก	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	ประธาน
๒. นายสุระ วิเศษศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	รองประธาน
๓. นายปานเนตร ปางพุฒิพงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	รองประธาน
๔. นายพิทักษ์พล บุญมาลิก	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	รองประธาน
๕. นายสมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๖. นายกิตติ กรรภิรมย์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
๗. นายอภิชาติ รอดสม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
๘. นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๙. นายอุดม ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
๑๐. นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔	กรรมการ
๑๒. นางจรรุภา จำนงค์ดี	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕	กรรมการ
๑๓. นางภาภรณ์ วสุเสถียร	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
๑๔. ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑		
<u>กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>		
๑๕. นายสรเสรีญ นามพรหม	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๖. นางจัฐิถาภรณ์ จันทร์สุตร	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
<u>สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>		
๑๗. นายสมชาย ธรรมสารโสภณ	ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
<u>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>		
๑๘. นายชัยพร สุชาติสุนทร	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๙. นางณิชากร ศิริกนกวิไล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
		๒๐. นายอนันต์...

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒๐. นายอนันต์ กนกศิลป์	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๑. นายไพฑูรย์ อ่อนเกตุ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร	กรรมการ
๒๒. นายสัมฤทธิ์ สุขทวี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒๓. นายวัฒน์ชัย จรุงวรธนะ	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๔. นางน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒๕. นายธีรพงศ์ ตุนาค	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๖. นางเกวณีน ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒๗. นางลักษณา ว่องประทานพร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๘. นางสุนีย์ สว่างศรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒๙. นางภารวี แก้วพันทนา	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๐. นางสาวรณมา เจริญสุวรรณ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

๓๑. หัวหน้าศูนย์ ...

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข

๓๑. หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข		กรรมการ
๓๒. นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตกระทรวงสาธารณสุข	

กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓๓. นางสาวรภมล อยู่นาค	หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๓๔. นายสมัย นิลสาธิตกา	นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

ฝ่ายเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ

๓๕. นางพัชติภรณ์ ทองคำ	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖ กองตรวจราชการ	กรรมการและ เลขานุการ
๓๖. นายอดิชาติ หงษ์ทอง	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๓๗. นางอมรรัตน์ ลีมจิตสมบูรณ์	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๓๘. นางศิริเพ็ญ ตลับนาค	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑ กองตรวจราชการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารแนบท้าย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๕๒๘/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (คกต.)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๔ : การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

๑.	นายบุญชัย ธีระกาญจน์	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓	ประธาน
๒.	นายสุเทพ เพชรมาก	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖	รองประธาน
๓.	นายพิทักษ์พล บุญยมาลิก	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑	รองประธาน
๔.	นายเจษฎา ฉายคุณรัฐ	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒	รองประธาน
๕.	นายสวัสดิ์ อภิวิจิตรวงศ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓	กรรมการ
๖.	นายอภิชาติ รอดสม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖	กรรมการ
๗.	นายอุดม ภู่วโรดม	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
๘.	นายสมเกียรติ ขำนุรักษ์	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
๙.	นายวิเชียร เทียนจารุวัฒนา	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
๑๐.	นางลักขณา ว่องประทานพร	รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ	กรรมการ
๑๑.	ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง	เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒	กรรมการ
๑๒.	หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ	เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓	กรรมการ
๑๓.	นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
๑๔.	นางรัชณี บุญเรืองศรี	นักสังคมสงเคราะห์ ชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	กรรมการ
๑๕.	นายสกันต์ บุณนาค	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรรมการ
๑๖.	นายชัยพร สุขชาติสุนทร	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.	กรรมการ
๑๗.	นางสาวดารณี คัมภีระ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.	กรรมการ
๑๘.	นายธีรพงศ์ ตุนาค	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สป.	กรรมการ
๑๙.	นางลินลา ตู่เอี้ยง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข สป.	กรรมการ
๒๐.	นายโสภณ เอี่ยมศิริถาวร	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๑.	นางอรนาถ วัฒนวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒๒.	ดร.พญ. สายพิน โชติวิเชียร	ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
๒๓.	นางสายสม สุขใจ	นักโภชนาการ ชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ
๒๔.	นางสาวนันท์จิต บุญมงคล	นักโภชนาการ ชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	กรรมการ

๒๕. นางมณฑกา

๒๕.	นางมณฑกา ธีรชัยสกุล	ผู้อำนวยการกองสมุนไพรร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๒๖.	นายณัฐวุฒิ ปราบภัย	เภสัชกรปฏิบัติการ กองสมุนไพรร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๒๗.	น.ส.ผสุชา จันทร์ประเสริฐ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กองวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๒๘.	น.ส.สุกัญญา ชายแก้ว	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๒๙.	นางจิราภรณ์ อุ่มเสียม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑	กรรมการ
๓๐.	นายชาคริต หมัดเส็น	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ
๓๑.	นายนราธิป จันทรัตน์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒	กรรมการ

ฝ่ายเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ

๓๒.	นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์	หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ กองตรวจราชการ สป.	กรรมการและ เลขานุการ
๓๓.	นายพีระพล กล้าหาญ	ผู้ช่วยหัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ กองตรวจราชการ สป.	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๓๔.	นางวนิดา สัตถาธีรทรัพย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองตรวจราชการ สป.	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๓๕.	นางสาวกฤติยา พุดติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองตรวจราชการ สป.	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๔๙๒/๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ด้วยการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ.๒๕๔๘ มุ่งเน้นให้การปฏิบัติราชการและการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้กำหนดการตรวจราชการที่สอดคล้องตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ๔ Excellence เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ในการกำกับ ติดตาม ขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวง และสามารถแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน จึงแต่งตั้งบุคคลดังมีรายชื่อตามเอกสารแนบท้ายคำสั่งนี้ เป็นผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- ปฏิบัติหน้าที่ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘
- ติดตามข้อมูลผลการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และวิเคราะห์สถานการณ์ ความเสี่ยง หรือประเด็นสำคัญที่ควรกำกับ ติดตาม ก่อนลงตรวจราชการในพื้นที่
- ร่วมตรวจราชการกับผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ได้รับมอบหมาย ตามที่มีกรณีจำเป็น โดยเน้นพื้นที่ที่มีประเด็นปัญหาหรือมีความเสี่ยงต่อการบรรลุเป้าหมายที่จำเป็นต้องนิเทศ ติดตาม ในพื้นที่
- กำกับ ติดตาม นิเทศงาน และตรวจสอบการปฏิบัติงานของหน่วยรับตรวจตามขอบเขตภารกิจของกรม/สำนัก และตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
- วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการดำเนินงานในพื้นที่ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนางาน ตลอดจนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- รายงานผลการตรวจราชการต่อผู้ตรวจราชการกระทรวง อธิบดี ผู้อำนวยการสำนัก/กอง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการตรวจราชการในแต่ละรอบ หากกรณีพบปัญหาสำคัญเร่งด่วนให้รายงานทันที เพื่อเป็นการป้องปราม แก้ไขปัญหา หรือให้การสนับสนุนอย่างทันท่วงที
- ประสานการดำเนินการระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้สามารถสนับสนุนการ แก้ไขปัญหาและพัฒนางานในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม
- ปฏิบัติงานอื่นตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดี ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑

สำเนาถูกต้อง
สิรินันท์ พานพิศ
(นางสาวสิรินันท์ พานพิศ)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

ลงชื่อ นายบุญชัย ธีระกาญจน์
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ทั้งนี้ รายชื่อตามเอกสารแนบท้ายคำสั่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ระบบตรวจราชการออนไลน์ <http://bie.moph.go.th/e-insreport/index.php>

คณะที่ปรึกษา

- | | | |
|-----|---|---|
| ๑. | นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์ | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๓ |
| ๒. | นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๖ |
| ๓. | นายแพทย์ณรงค์ สายวงศ์ | รองหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๙ |
| ๔. | นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑ |
| ๕. | นายแพทย์ภานุมาศ ญาณเวทย์สกุล | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๒ |
| ๖. | นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๔ |
| ๗. | นายแพทย์ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕ |
| ๘. | นายแพทย์อิทธิพล สูงแข็ง | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗ |
| ๙. | นายแพทย์ชาญวิทย์ ทรเทพ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๑๐. | นายแพทย์ธงชัย กীরติหัตถยากร | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๐ |
| ๑๑. | นายแพทย์พิทักษ์พล บุญมาลิก | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑ |
| ๑๒. | นายแพทย์เจษฎา ฉายคุณรัฐ | ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒ |
| ๑๓. | นายแพทย์ไพศาล ัญญาวินิชกุล | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑ |
| ๑๔. | นายแพทย์ไชยรินทร์ ทยาวิวัฒน์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๒ |
| ๑๕. | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๓ | |
| ๑๖. | นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔ |
| ๑๗. | นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕,๑๓ |
| ๑๘. | นายแพทย์อภิชาติ รอดสม | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๖ |
| ๑๙. | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗ | |
| ๒๐. | นายแพทย์สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ |
| ๒๑. | แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๙ |
| ๒๒. | นายแพทย์ทีวีศิลป์ วิษณุโยธิน | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๐ |
| ๒๓. | นายแพทย์อุดม ภู่วโรดม | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๑ |
| ๒๔. | นายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒ |
| ๒๕. | ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ | |

คณะผู้จัดทำ

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๒. คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๒ (คกต.) คณะที่ ๑-๔
๓. นพ.วิเชียร เทียนจารูพัฒนา ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๔. นางลักขณา ว่องประทานพร รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๕. นางสาวนวลภรณ์ เฉยรอด รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ และหัวหน้ากลุ่มอำนาจการ
หัวหน้ากลุ่มประเมินผล
๖. นางสุนีย์ สว่างศรี หัวหน้ากลุ่มประเมินผล
๗. นางวัชรพร เห็นใจชน หัวหน้ากลุ่มรับเรื่องร้องเรียน
๘. นายชาติ เอี่ยมมา หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑
๙. นายสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๒
๑๐. นางสาวฐปนภร เจริญวงศ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๓
๑๑. นายอติชาติ หงษ์ทอง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๔
๑๒. นางอมรรัตน์ ลิมจิตสมบุญ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕
๑๓. นางพัฒนศิริกร ทองคำ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖
๑๔. นางสาวลภัสสรดา สระดอแก้ว หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗
๑๕. นางสาวสุภาพร เฉยทิม หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘
๑๖. นางพรอนันต์ กิตติมันคง หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๙
๑๗. นางกองมณี สุรวงษ์สิน หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๐
๑๘. นางศิริเพ็ญ ตลับนาค หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๑
๑๙. นางสาวศิญาภัทร์ จำรัสอริวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒
๒๐. นางแสงจันทร์ ชาติประสิทธิ์ หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๓
๒๑. นางปาริฉัตร ตันติยวงศ์ หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๒. นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์ หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๓. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๔. นางสาวขวัญแก้ว จันทร์วิเชียร ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๕. นางวนิดา สัตถาธิรทรัพย์ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีพิเศษ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๖. นางสาวกฤติยา พุดติ ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีพิเศษ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
๒๗. นายพีระพล กล้าหาญ ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ
กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ

บรรณาธิการ

๑. นายแพทย์วิเชียร เทียนจารุวัฒนา
 ๒. นางลักขณา ว่องประทานพร
 ๓. นางสาวลภัสสรดา สระดอกบัว
 ๔. นายชาติ เอี่ยมมา
 ๕. นางพัฒนศิริกรณ์ ทองคำ
 ๖. นางปาริฉัตร ตันติยวงศ์
 ๗. นางสุภาวดี อัครศรีอนันต์
 ๘. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ
 ๙. นางสาวขวัญแก้ว จันทรวีเชียร
 ๑๐. นายพีระพล กล้าหาญ
- ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
 รองผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
 หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ
 หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๗
 เลขาธิการคณะกรรมการกำหนดแผนและ
 ติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๑
 หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑
 เลขาธิการคณะกรรมการกำหนดแผนและ
 ติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๒
 หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๖
 เลขาธิการคณะกรรมการกำหนดแผนและ
 ติดตามผลการตรวจราชการ คณะที่ ๓
 หัวหน้างานตรวจราชการกรณีปกติ
 กองตรวจราชการ
 หัวหน้างานตรวจราชการแบบบูรณาการ
 กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการ
 กำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ
 คณะที่ ๔
 ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
 กองตรวจราชการ
 ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ
 กองตรวจราชการ
 ปฏิบัติงานตรวจราชการแบบบูรณาการ
 กองตรวจราชการ

ออกแบบปกโดย

นางสาวขวัญแก้ว จันทรวีเชียร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
 ปฏิบัติงานตรวจราชการกรณีปกติ กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กองตรวจราชการ

รายละเอียดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแผนการตรวจราชการ และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล

ตัวชี้วัดและข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในแผนตรวจราชการของแต่ละคณะ เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้ประกาศใช้แล้ว ดังนั้น จึงสามารถดาวน์โหลดรายละเอียดแนวทางการจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องได้ที่

- เว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข http://bps.moph.go.th/new_bps/

- เว็บไซต์ระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection System) <http://bie.moph.go.th/e-insreport๒/index.php>
(หัวข้อเอกสารเผยแพร่)

ส่วนรายชื่อแนบท้ายคำสั่งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปีเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒, คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ , คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และคำสั่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถดาวน์โหลดรายละเอียดได้ที่

- เว็บไซต์ระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection System) <http://bie.moph.go.th/e-insreport/index.php>

(หัวข้อเอกสารเผยแพร่)

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

อาคาร 6 ชั้น 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000



กองตรวจราชการ <http://bie.moph.go.th/>

ระบบตรวจราชการออนไลน์ <http://bie.moph.go.th/e-insreport/>