



แนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

นายแพทย์ประทีป สาระเทพ
ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ

22 ธันวาคม 2566

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อการตรวจราชการรูปแบบใหม่

กองตรวจราชการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



กรอบประเด็นตัวชี้วัด

- ส่วนกลางควรประชุมชี้แจงรายละเอียดเกณฑ์การตรวจราชการและนิเทศงานที่ชัดเจน เพื่อทราบแนวทางที่ถูกต้องและเตรียมความพร้อมได้ทัน
- ควรมี template ทุกตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องชัดเจน
- การกำหนดประเด็นตรวจราชการมากเกินไป
- ควรจำกัดความ "สถานชีวภิบาล" ให้ชัดเจน ต่างจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร
- แนวทางการตรวจสอบในพื้นที่ Area based มีความละเอียดถี่ถ้วน แต่อาจไม่สามารถตรวจสอบตามรูปแบบได้ทั่วประเทศ ภายในระยะเวลาการตรวจราชการที่กำหนดไว้



Grouping ตัวชี้วัด

- กองตรวจฯ ควรมีการบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานเจ้าของตัวชี้วัด
- ประเด็นและตัวชี้วัดในการกำกับติดตามมีรายละเอียดค่อนข้างเยอะ
- การกำหนดตัวชี้วัดครอบคลุมทุกประเด็นตรวจราชการ

Cluster ตรวจราชการ

- เป็นการตรวจแบบบูรณาการ กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก/รอง ใน House Model ชัดเจน
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดควรร่วมเป็นทีมนิเทศทุกหน่วยงาน
- บางประเด็น/ตัวชี้วัด ไม่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่

รับการนิเทศในรูปแบบ Self assessment

- ขั้นตอนและกรอบการตรวจฯ มีความซับซ้อนของงาน ผู้รับนิเทศและผู้นิเทศ อาจต้องเตรียมงานซ้ำซ้อน หากผู้รับนิเทศรับผิดชอบตัวชี้วัดหลายตัว ให้ตรงกับกรอบใน House Model อาจต้องเตรียมการรับนิเทศที่เพิ่มภาระมากขึ้น

รายงานตาม Cluster ตรวจราชการ

- กองตรวจฯ กำหนดแนวทางการรายงานสำหรับผู้รับการนิเทศให้ชัดเจน
- การชี้แจงการเก็บข้อมูล และเป้าหมายของตัวชี้วัดยังไม่ชัดเจน
- ส่วนกลางควรกำหนดแหล่งที่มาของข้อมูล DATA BASE แต่ละตัวชี้วัด/ ระบบโปรแกรม และระบบการรายงานที่ชัดเจน
- เห็นด้วยกับการรายงานตามคลัสเตอร์



นโยบาย

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567

ยกระดับ 30 บาท
เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน

กลไกการตรวจราชการ

ประเด็นนโยบาย ครอบคลุมทุกพื้นที่

- โครงการพระราชดำริฯ
- สุขภาพจิต / ยาเสพติด
- มะเร็งครบวงจร
- การแพทย์ปฐมภูมิ
- พัฒนา รพช. แม่ข่าย
- สถานชิวาภิบาล
- ดิจิทัลสุขภาพ
- ส่งเสริมการมีบุตร
- เศรษฐกิจสุขภาพ

รวมในประเด็น
ลดแอ็ด ลดรอย
ลดป่วย ลดตาย

ประเด็นนโยบาย จำเพาะพื้นที่

- รพ.กทม.4
- สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร
- สร.ชายแดนและพื้นที่เฉพาะ
- นวัตกรรมเพื่อความปลอดภัย

ใช้กลไก
กำกับ
ติดตาม
นโยบาย
สำคัญ

ประเด็นปัญหาสำคัญ (Area Based)

- National level
- Regional level



1 โครงการพระราชดำริฯ/ เอลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

- โครงการเฉลิมพระเกียรติฯ 72 พรรษา
- โครงการราชทินนามพิเศษ
- โรงพยาบาลอภัยภูเบศร (รพ.อ.ภ.)
- สุภาพราชชาวม

2 SW.กทม. 50 เขต 50 SW. และปริมณฑล

- พัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพเมือง
- SW.ประชาชน, SW.รัฐในกำกับ



3 สุขภาพจิต/ ยาเสพติด

- SW.ใกล้บ้าน (มีแผนกจิตเวชที่เข้าถึงได้)
- บริการจิตแพทย์/ นักจิตวิทยาผ่าน Telemedicine
- ดูแล นำนักศึกษายาเสพติดครบวงจร



4 มะเร็งครบวงจร

- ป้องกัน ศึกษารอง รักษา ดูแล
- วัคซีนมะเร็งปากมดลูก
- มะเร็งท่อน้ำดี
- จัดตั้งทีม Cancer Warrior



5 สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร

- สื่อสาร สร้างความสัมพันธ์บุคลากร ผู้ป่วย ญาติ
- สร้างขวัญกำลังใจ
- ก.ส. ออกจาก ทว.



แก้ปัญหา

6 การแพทย์ปฐมภูมิ

- วัตถุประสงค์ ตรงเรื่อง
- รักษา หน่วยบริการใกล้บ้าน
- อนามัยโรงเรียน (ครู หมอ พ่อแม่)
- Smart อสม.
- การแพทย์ทางไกล เทคโนโลยีทุกเวลา



7 สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ

- สาขจังหวัดชายแดนภาคใต้
- พื้นที่ชายแดน
- กลุ่มประชากรเฉพาะ



8 สถานชิวาภิบาล

- ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward/ Hospital at Home)



9 พัฒนา รพช. แม่ข่าย

- พัฒนาศักยภาพ การตรวจวินิจฉัย
- เสริมรักษา CT MRI
- ลดแอ็ด ลดรอย
- ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
- Mobile Stroke Unit



วางรากฐาน

10 ดิจิทัลสุขภาพ

- นวัตกรรมไม่เต็ม 80% ทั่วโลก
- ประสิทธิภาพอิเล็กทรอนิกส์
- SW.วิจัย:
- Virtual Hospital
- e-Service



11 ส่งเสริมการมีบุตร

- ภาวะแห่งชาติ "เพิ่มอัตราการเกิดเด็กคุณภาพ"
- ศึกษารองโรคหายากในการรพช.กต



12 เศรษฐกิจสุขภาพ

- Blue Zone สร้างต้นแบบพื้นที่อายุยืน
- ศูนย์กลางการแพทย์มูลค่าสูง
- นวัตกรรมบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- สร้างงาน สร้างอาชีพ



13 นวัตกรรมเพื่อความปลอดภัย

13

- ยกระดับความปลอดภัยด้านอาหาร สถานที่ ผู้ให้บริการ
- ยกระดับระบบนิเวศห่วงโซ่อุปทาน
- พัฒนาระบบนิเวศห่วงโซ่อุปทาน
- พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้เป็นนวัตกรรมอย่างครอบคลุม



สร้างเศรษฐกิจ

กรอบประเด็นตรวจราชการ และตัวชี้วัดในแต่ละประเด็น

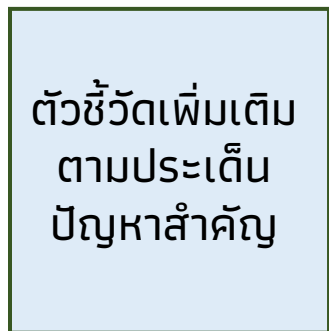
เพื่อการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



ตัวชี้วัดนโยบาย
32 ตัวชี้วัด



Health KPI
54 ตัวชี้วัด



5 ตัวชี้วัด

- 8 ประเด็นตรวจราชการ 40 ตัวชี้วัด
- 1 ประเด็น Area Based : National level 1 ตัวชี้วัด
- Dashboard ติดตาม 13 นโยบายสำคัญ
- Dashboard ติดตาม Health KPI

สรุปประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 : 39 ตัวชี้วัด

| ประเด็นตรวจราชการ, ตัวชี้วัด | Input, ต้นน้ำ , Primary | Process, กลางน้ำ , Secondary | Output, ปลายน้ำ , Tertiary | ข้อมูลติดตาม |
|---|---|--|--|--|
| โครงการพระราชดำริฯ [4] | <u>เครือข่ายราชทัณฑ์ป็นสุขุ ทุกจังหวัด</u> | การจัดบริการสาธารณสุขทั้ง 6 ด้าน | TB success rate/coverage ผู้ต้องขัง | TB ขึ้นทะเบียนทั้งปี (จนพื้นโทษ) |
| Mental Health Anywhere [6] | - <u>มีนิรภัยรักษา</u> - <u>หอผู้ป่วย/กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สพศ./สพท./สพช.</u> | Retention rate ๗๗.๕๗% | - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ/ทำร้ายซ้ำ - ๗๗.๕๗% มีอาการทุเลาใน 6 เดือน | |
| มะเร็งครบวงจร [3] | <u>ทีม Cancer Warrior</u> | - คัดกรอง CA Cx / Colposcope - คัดกรอง CA colon / Colonoscope | <u>CA โรคร (แยกรายโรค) Sx ภายใน 4 สัปดาห์, RT & Chemo ภายใน 6 สัปดาห์</u> | 1 st อัตราเสียชีวิต CA Cx, Colon 2 nd CA breast, Liver, Cholangio การฉีดวัคซีน HPV |
| ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดการเสียชีวิต [9] | - <u>จำนวนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ</u> - <u>อำเภอสุขภาพดี</u> - <u>อสม. ดีจังดี</u> | - ตรวจติดตามยืนยัน DM, HT - DM คุมได้ - HT คุมได้ | - อัตราตาย Stroke/ Stroke unit - อัตราตาย STEMI/ รักษาในเวลาที่กำหนด - CKD stage 5 รายใหม่ | DM retinopathy, Mapping One Province One ER Refer ที่ Adj.RW มากกว่า 0.6 |
| สถานชิวาภิบาล [5] | - <u>ศูนย์ชิวาภิบาล ใน sw.</u> - <u>Clinic ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ</u> | ดูแลตาม Advance Care Planning ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ | - <u>สถานชิวาภิบาล จว.ละ 1 แห่ง</u> - <u>Hos.atHome/Homeward จว.ละ 1 แห่ง</u> | กฎชิวาภิบาล, บริการ Palliative care ที่บ้าน, การให้บริการ LTC |
| ดิจิทัลสุขภาพ [4] | <u>ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน</u> | - <u>ยกระดับเป็น sw.อัจฉริยะ</u> - HAIT | จังหวัดบริการ Telemedicine | กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์ ใน สสจ./สปศ./สปท./สปช. |
| ส่งเสริมการมีบุตร [4] | <u>คลินิกส่งเสริมการมีบุตร</u> | อัตราส่วนการตายมารดาไทย | - อัตราตายทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน - <u>คัดกรองกลุ่มโรคหายาก 40 โรค</u> | การคัดกรอง CHD, TSH, การได้ยีน, NB BW > 2,500 gm. |
| เศรษฐกิจสุขภาพ [4] | - <u>Healthy city model จังหวัดละ 1 แห่ง</u> - <u>สถานประกอบการด้านท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มขึ้น</u> | - <u>แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม</u> | - <u>ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการส่งเสริม/อนุญาต</u> | |
| Area based [1] | National level : การตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพงบการเงิน , Regional level : แต่ละเขตสุขภาพกำหนด | | | |

ประเด็น 50 เขต 50 สป., สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร, สร.ชายแดนและพื้นที่เฉพาะ, นักท่องเที่ยวปลอดภัย ใช้กลไกติดตามนโยบายสำคัญ

แนวทางการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข (รูปแบบใหม่)

Grouping , Clustering, Assessing, Evaluating, Reporting Inspection

กองตรวจราชการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

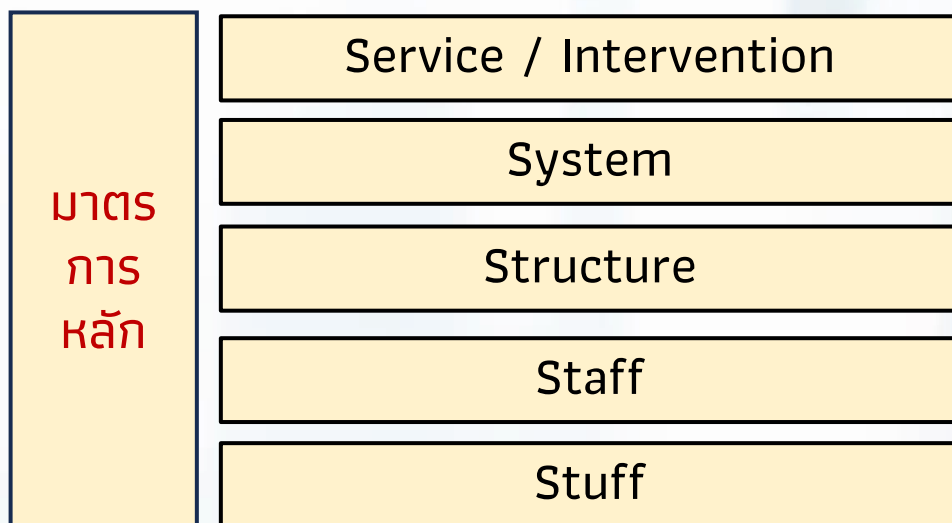


| ประเด็น | รูปแบบเดิม | รูปแบบใหม่ |
|---|--|--|
| ตัวชี้วัด [Grouping] | <ul style="list-style-type: none"> - Agenda, Function, Area - รายตัวชี้วัด | <ul style="list-style-type: none"> - 13 นโยบาย กสร. บูรณาการ Agenda & Function - Area based : ระดับ National Level, Regional Level - Grouping ทชว. โดยหลัก value chain / Input, Process, Output |
| การตรวจราชการ [Clustering] | <ul style="list-style-type: none"> - ตามกรม / กอง ผู้รับผิดชอบ - รายตัวชี้วัด | <ul style="list-style-type: none"> - กรม/กอง ตามการ grouping ทชว. นิเทศร่วมกัน - โดยใช้ House model |
| ผู้รับการนิเทศ [Assessing] | <ul style="list-style-type: none"> - เอกสารรับการตรวจราชการ, PPT - เข้ารับการนิเทศ ราย ทชว. | <ul style="list-style-type: none"> - Self assessment - เข้ารับการนิเทศ ตาม Cluster |
| ผู้นิเทศ [Evaluating] | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นิเทศตามตัวชี้วัด - ประเมิน ผ่าน / ไม่ผ่าน ตาม ทชว. | <ul style="list-style-type: none"> - ตาม Cluster การตรวจราชการ - ระบบ Evaluating แดง เหลือง เขียว |
| ระบบรายงาน [Reporting] | <ul style="list-style-type: none"> - ตก.1, ตก.2, และ Executive summary รายตัวชี้วัด ทำ 2 รอบ | <ul style="list-style-type: none"> - รายงานตาม cluster การตรวจราชการ - ปรับรายละเอียด เน้น ปัจจัยเสี่ยง/ข้อเสนอ/แผนติดตาม - Pilot Dashboard, Key-in, Assessment, Print out |

Grouping & Clustering

- **ตชว. 13** นโยบาย กสร. [Agenda]
- ตชว. Health KPI [Function]
- ตชว.เพิ่มเติม (ให้น้อยที่สุด)
- จัดเรียง ตชว. ตาม
 - Input/Process/Output/Outcome
 - ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ
 - 1° 2° 3° Prevention

| Input | Process | Output | Outcome |
|-------|---------|--------|---------|
| | | | |



House Model

- กำหนดมาตรการหลัก ตามหลัก Service/Intervention, System Structure, Staff, Stuff โดยใช้ข้อมูลจาก KPI Template
- **Assessing** โดยผู้รับการนิเทศ [**Self assessment**]
- **Evaluating** **แดง เหลือง** เขียว โดยผู้นิเทศ
- **Reporting** : โดยผู้นิเทศ ตาม House model

ประเด็นการ
ตรวจราชการ

Inspective
House Model

Outcome

KPI

ตัวชี้วัด
Input / ต้นน้ำ / 1° Prevention

ตัวชี้วัด
Process / กลางน้ำ / 2° Prevention

ตัวชี้วัด
Output / ปลายน้ำ / 3° Prevention

Service / Intervention

Service / Intervention

Service / Intervention

System

System

System

Structure

Structure

Structure

Staff

Staff

Staff

Stuff : Data&IT, Finance, Med. supply

Stuff : Data&IT, Finance, Med. supply

Stuff : Data&IT, Finance, Med. supply

มาตร
การ
หลัก

พื้นที่จัดทำรายงานรับการตรวจราชการ + PPT นำเสนอ เป็นรายตัวชี้วัด
โดยใช้ข้อมูลจาก House Model และ KPI TP เป็นแนวทาง

หัวข้อ รายละเอียดเอกสารรับการตรวจราชการ ประจำปี 2567

1. ประเด็นตรวจราชการ/ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องภายใต้ประเด็นตรวจราชการ
2. เป้าหมาย/ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด
3. สถานการณ์ทั่วไป
4. มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ทำเนิการ (นำข้อมูลจาก House Model มาเป็นตัวตั้ง)
5. สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง





โครงการพระราชดำริฯ /เฉลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

4 ตัวชี้วัด

1. เครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุข **ร้อยละ 60**
2. การจัดบริการสาธารณสุขครบ**ทั้ง 6 ด้าน**
[รักษาพยาบาล, ส่งเสริมป้องกันโรค, ส่งเสริมสุขภาพจิต, ฟื้นฟูสมรรถภาพ, ส่งต่อเพื่อรักษา, ตรวจสอบสิทธิการรักษา]
3. อัตราความสำเร็จของการรักษา **>ร้อยละ 88**
4. ผู้ต้องขังได้รับการคัดกรองวัณโรค
 1. ผู้ต้องขังแรกรับได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ร้อยละ 100
 2. ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับการคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ร้อยละ 90

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : **กรม คร.**, กรม สบส., กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, กบรส.

เครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ทุกจังหวัด (ร้อยละ 100)

ตชว.

เครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุข ทุกจังหวัด

**มาตรการ
สำคัญ**

- พัฒนาเครือข่าย เรือนจำ จับคู่ sw.ที่มีศักยภาพ
- เรือนจำ และ sw. ร่วมพัฒนาระบบบริการในเรือนจำ ครบทั้ง 6 ด้าน
- พัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขในเรือนจำ ให้มีศักยภาพ เทียบเคียง หน่วยบริการปฐมภูมิ

ระบบควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ระดับจังหวัด

โครงสร้างบุคลากร สถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

ยา, ครุภัณฑ์

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- 1) มีการจัดประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด
- 2) จัดบริการสาธารณสุขตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ
- 3) ดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ
- 4) นำเข้าข้อมูลรายงาน สรรจ. 101 (3 เดือนแรก) ทาง google form ครบถ้วน
- 5) จัดให้มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยใน ที่พักผู้คุม มีระบบ Fast track/Fast Pass

Small success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| - มีแผนการจัดบริการสาธารณสุขในเรือนจำตามมาตรฐาน | - มีการดำเนินงานตามแนวทาง ร้อยละ 80 | - มีการดำเนินงานตามแนวทาง ร้อยละ 90 | - มีการดำเนินงานตามแนวทาง ร้อยละ 100 |
| - มีการเชื่อมต่อข้อมูลจากสถานพยาบาลเรือนจำ | - มีแผนการจัดบริการร้อยละ 80 | - มีแผนการจัดบริการร้อยละ 90 | - มีแผนการจัดบริการร้อยละ 100 |
| - รายงาน สรรจ. 101 ร้อยละ 80 | - มีการเชื่อมต่อข้อมูลฯ ร้อยละ 80 | - มีการเชื่อมต่อข้อมูลฯ ร้อยละ 90 | - มีการเชื่อมต่อข้อมูลฯ ร้อยละ 100 |
| | - รายงาน สรรจ. 101 ร้อยละ 90 | - รายงาน สรรจ. 101 ร้อยละ 100 | - รายงาน สรรจ. 101 ร้อยละ 100 |

การจัดบริการสาธารณสุขครบทั้ง 6 ด้าน (รักษาพยาบาล, ส่งเสริมป้องกันโรค, ส่งเสริมสุขภาพจิต,ฟื้นฟูสมรรถภาพ, ส่งต่อเพื่อรักษา, ตรวจสอบสิทธิการรักษา)



มาตรฐานการพัฒนาเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ต้นแบบ โดย คณะกรรมการร่างมาตรฐานเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

6 องค์ประกอบสำคัญ

1. การควบคุมโรค

- ◆ การคัดกรองแรกรับทุกราย โดยเฉพาะ TB โดย Chest X-ray
- ◆ การคัดกรอง HIV ซิฟิลิส ตับอักเสบบี C



2. การจัดการระบบบริการสุขภาพ

- ◆ จัดตารางการตรวจสุขภาพ / ตรวจทันตกรรม
- ◆ จัดระบบรับส่งต่อกรณีฉุกเฉิน / เกินศักยภาพ / พันโท
- ◆ การขึ้นทะเบียนสิทธิ / ย้ายสิทธิ
- ◆ อบรม อสรจ.

3. ระบบปรึกษาทางไกล (Telemedicine)

- ◆ Telemedicine
- ◆ Telepsychiatry
- ◆ Teledent



4. การควบคุมคุณภาพการบำบัดยาเสพติด

- ◆ ให้คำแนะนำ กำกับติดตาม การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด
- ◆ รับส่งต่อเพื่อบำบัด กรณีเกินศักยภาพของเรือนจำ

5. การควบคุมคุณภาพการบำบัดพฤติกรรม

- ◆ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การปรับตัวเข้าสู่ครอบครัว ชุมชน สังคม

6. นวัตกรรม ร่วมในเครือข่าย

- ◆ สมุดคู่มือสุขภาพผู้คุมขังรายบุคคล
- ◆ การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ กับโรงพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์
- ◆ การตรวจโรคเฉพาะทาง โดย Telemedication, telepsychiatry, Teledentistry

ผู้ต้องขังได้รับการคัดกรองวัณโรค

ตชว.

1. ผู้ต้องขังแรกเริ่มได้รับการคัดกรอง TB ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ร้อยละ 100
2. ผู้ต้องขังรายเก่าที่ได้รับการคัดกรอง TB ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ร้อยละ 90

มาตรการสำคัญ

- วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหาในกลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มเป้าหมาย ช่องว่างและปัญหา อุปสรรค
- จัดทำแผนงาน ในการเร่งรัดค้นหา รักษา และพัฒนาระบบการส่งต่อ ติดตาม ผลการรักษา

* เฉพาะกลุ่มผู้ต้องขัง

ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล จังหวัด-อำเภอ

โครงสร้างบุคลากร สถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

ยา, ครุภัณฑ์

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

1. ร้อยละผู้ต้องขังแรกเริ่มที่ได้รับการคัดกรอง = $\frac{\text{จำนวนผู้ต้องขังแรกเริ่มที่ได้รับการคัดกรองด้วย CXR}}{\text{จำนวนผู้ต้องขังแรกเริ่มทั้งหมด}} \times 100$
2. ร้อยละผู้ต้องขังรายเก่าที่ได้รับการคัดกรอง = $\frac{\text{จำนวนผู้ต้องขังรายเก่าที่ได้รับการคัดกรองด้วย CXR}}{\text{จำนวนผู้ต้องขังรายเก่าทั้งหมด}} \times 100$

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- 1) ผู้ต้องขังแรกเริ่มทุกรายได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ภายใน 30 วัน หลังจากเข้าเรือนจำ
- 2) ผู้ต้องขังรายเก่าที่ไม่ได้รับการคัดกรองมานานกว่า 6 เดือน ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)

Small success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| - ผู้ต้องขังแรกเริ่มได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) เป้าหมาย ร้อยละ 100 | - ผู้ต้องขังแรกเริ่มได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) เป้าหมาย ร้อยละ 100 | - ผู้ต้องขังแรกเริ่มได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) เป้าหมาย ร้อยละ 100 | - ผู้ต้องขังแรกเริ่มได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) เป้าหมาย ร้อยละ 100 |
| | - ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับการคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ร้อยละ 50 | - ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับการคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ร้อยละ 70 | - ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับการคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ร้อยละ 90 |

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข

ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

Inspective

House Model

ผู้ต้องขังในเรือนจำ ทัณฑสถาน หรือสถานกักขัง ได้รับการบริการทางสาธารณสุข
ที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม มีคุณภาพ
ตามหลักสิทธิมนุษยชน

| | | | |
|----------------------|---|--|---|
| ตชว. | 1.มีเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อ ชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ร้อยละ 60 | 2.การจัดบริการสาธารณสุขครบทั้ง 6 ด้าน (รักษาพยาบาล, ส่งเสริมป้องกันโรค, ส่งเสริมสุขภาพจิต, ฟื้นฟูสมรรถภาพ, ส่งต่อเพื่อรักษา,ตรวจสอบสิทธิการรักษา) | 3.ความสำเร็จการรักษา TB รายใหม่ >88 |
| | | | 4.การคัดกรองโดย Xray ปอด (รายใหม่ 100/เก่า >90) |
| มาตร การ สำคัญ | - พัฒนาเครือข่าย เรือนจำ จับคู่ รพ.ที่มีศักยภาพ - เรือนจำ และ รพ. มีการดำเนินการตามเกณฑ์ - พัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขในเรือนจำ ให้มีศักยภาพ เทียบเคียง หน่วยบริการปฐมภูมิ - มีการเชื่อมข้อมูลของสถานพยาบาลเรือนจำกับ รพ. - มีฐานข้อมูลสุขภาพของผู้ต้องขัง | พัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ อย่างมี คุณภาพตามมาตรฐาน 1) ตรวจรักษาพยาบาล 3) บริการทันตกรรม - NCDs, TB, Vaccine, ANC 2) สุขภาพจิต. 4) Rehabilitation 5) ส่งต่อเพื่อการรักษา. 6) ตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพ | - วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรง ของปัญหากลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มเป้าหมาย ช่องว่างและ ปัญหา อุปสรรค - จัดทำแผนงาน ในการเร่งรัดคั่นหารักษา และพัฒนา ระบบการส่งต่อ ติดตามผลการรักษา * เฉพาะกลุ่มผู้ต้องขัง |
| | ระบบควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ระดับจังหวัด | ระบบปฐมภูมิในเรือนจำ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ | ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล จังหวัด-อำเภอ |
| | โครงสร้างบุคลากร สถานที่ | โครงสร้างบุคลากร, สถานที่ | โครงสร้างบุคลากร, สถานที่ |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร |
| | Data & IT, งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ | Data & IT งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ | Data & IT, งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ |

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : กรม คร., กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย, กรม สบส., กบ
ร.ส.ส.

■ ดำเนินการได้ดี / ผ่านเกณฑ์ ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ ■ ควรเร่งดำเนินการ



สุขภาพจิตและยาเสพติด

6 ตัวชี้วัด

1. มีนิรภัยารักษัตุแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรทุกจังหวัด [ร้อยละ 100]
2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด**คุณภาพ**ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป [ร้อยละ 70]
3. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด [ร้อยละ 100]
4. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) [ร้อยละ 62]
5. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
 - 5.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ [≤ 8.0 ต่อแสน ปชก.]
 - 5.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี [ร้อยละ 90]
6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน [ร้อยละ 55]

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : **กรมสุขภาพจิต**, สลบ.สป., สบยช., กรมการแพทย์

มีนิธัญญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรทุกจังหวัด

ตชว.

มีนิธัญญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ ยาเสพติดอย่างครบ
วงจรทุกจังหวัด

มาตร
การ
สำคัญ

- วิเคราะห์ Patient journey ผู้ป่วยจิตเวชและ
ยาเสพติดระดับจังหวัด ตั้งแต่เข้าสู่ระบบการรักษา
จนถึงกลับคืนสู่ชุมชน
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต จิตเวช และ
ยาเสพติดที่มีคุณภาพในทุกพื้นที่ให้เข้าถึงง่าย
- พัฒนากลไกและความร่วมมือดำเนินงานระดับ
ชุมชน

Service plan สุขภาพจิต ยาเสพติด ระดับจังหวัด

โครงสร้างบุคลากร สถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

ยา, ครุภัณฑ์

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$[A/B] \times 100$ ตัวตั้ง A = จำนวนจังหวัดที่มีการเปิดมีนิธัญญารักษ์
ตัวหาร B = จำนวนจังหวัด [76 จังหวัด]

เป้าหมาย

ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่เปิดมีนิธัญญารักษ์ได้รับการติดตาม
และมีการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐาน เป็นไปตามเกณฑ์ที่
กระทรวง สาธารณสุขกำหนด

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- 1) วิเคราะห์ Patient journey ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดระดับจังหวัด
ตั้งแต่เข้าสู่ระบบการรักษา จนถึงกลับคืนสู่ชุมชน
- 2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติดที่มีคุณภาพในทุก
พื้นที่ให้เข้าถึงง่าย
- 3) พัฒนากลไกและความร่วมมือดำเนินงานระดับชุมชน

ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด**คุณภาพ**ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 70)

ตัวชี้วัด ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
คุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล
ทั่วไป (ร้อยละ 70)

มาตรการสำคัญ

- วิเคราะห์ Patient journey ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดระดับจังหวัด ตั้งแต่เข้าสู่ระบบการรักษาจนถึงกลับคืนสู่ชุมชน
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติดที่มีคุณภาพในทุกพื้นที่ให้เข้าถึงง่าย
- พัฒนากลไกและความร่วมมือดำเนินงานระดับชุมชน

Service plan สุขภาพจิต ยาเสพติด ระดับจังหวัด

โครงสร้างบุคลากร สถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

ยา, ครุภัณฑ์

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

1. ร้อยละการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ใน รพศ. รพท.

$$\text{สูตรการคำนวณ} = [A/B] \times 100$$

2. ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

$$\text{สูตรการคำนวณ} = [C/A] \times 100$$

A = จำนวน รพศ./รพท. ที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
[Psychiatric ward]

B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัด สป. 127 แห่ง

C = จำนวน รพศ./รพท. ที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพ

หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพ หมายถึง หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เปิดให้บริการใน รพศ./รพท. ได้รับการประเมินตามแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติด ดังนี้

1. ด้านโครงสร้างอาคาร สถานที่
2. เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์
3. ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
4. ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด **[ร้อยละ 100]**

| | | | |
|---------------------|---|----------|--------------|
| ตชว. | ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด (ร้อยละ 100) | | |
| มาตรการสำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ Patient journey ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดระดับจังหวัด ตั้งแต่เข้าสู่ระบบการรักษาจนถึงกลับคืนสู่ชุมชน - พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติดที่มีคุณภาพในทุกพื้นที่ให้เข้าถึงง่าย - พัฒนากลไกและความร่วมมือดำเนินงานระดับชุมชน | | |
| | Service plan สุขภาพจิต ยาเสพติด ระดับจังหวัด | | |
| | โครงสร้างบุคลากร สถานที่ | | |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | | |
| | Data & IT, | งบประมาณ | ยา, ครุภัณฑ์ |

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

1. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการประเมินและรับรองผลโดยคณะกรรมการประเมินผลระดับเขตสุขภาพ

$$\text{สูตรคำนวณ} = [A/C] \times 100$$

2. ร้อยละโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

$$\text{สูตรคำนวณ} = [B/C] \times 100$$

A = จำนวน รพช. ที่ผ่านการประเมินและรับรองผลโดยคณะกรรมการประเมินผลระดับเขตสุขภาพ

B = จำนวน รพช. ได้รับการอนุมัติโครงสร้างกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชน สังกัด สป. 776 แห่ง

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มงานที่มีภารกิจและจัดบริการด้านสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด สนับสนุนทั้งด้านวิชาการ และการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในโรงพยาบาลชุมชน โดยได้รับการอนุมัติจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ตามโครงการและกรอบอัตรากำลังจาก อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข และมีการจัดทำคำสั่งมอบหมายการดำเนินงานตามโครงสร้างกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม [Retention Rate] **[ร้อยละ 60]**

ตชว. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม [Retention Rate] [ร้อยละ 60]

มาตรการสำคัญ

- การคัดกรอง ประเมิน ผู้ป่วยยาเสพติด
- การบำบัดรักษา พื้นฟูคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- การติดตามดูแล ช่วยเหลือต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา

ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ

โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

ยา, ครุภัณฑ์

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $[A/B] \times 100$

ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู

ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, เปลี่ยนแปลงการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- 1) การคัดกรอง ประเมิน ผู้ป่วยยาเสพติด
- 2) การบำบัดรักษา พื้นฟูคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 3) การติดตามดูแล ช่วยเหลือต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

| | |
|-------------|---|
| ตชว. | 1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ [≤ 8.0 ต่อแสน ปชก.] 2) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (ร้อยละ 90) |
|-------------|---|

| | |
|---------------------|---|
| มาตรการสำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือน - การช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย - สอบสวนโรคฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง - ขจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น / สร้างปัจจัยปกป้อง - เฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดการฆ่าตัวตาย 1 ปี - Active treatment ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 6 เดือน |
| | ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล |
| | โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่ |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Data & IT,</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">งบประมาณ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ยา, ครุภัณฑ์</div> </div> |

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$$1. \text{ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ} = \frac{\text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ}}{\text{จำนวนประชากรกลางปี 2567}} \times 100,000$$

2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

$$= \frac{\text{จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด} - \text{จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้ง}}{\text{จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด}} \times 100$$

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- การพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือน
- การช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
- สอบสวนโรคฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง
- ขจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น / สร้างปัจจัยปกป้อง
- เฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดการฆ่าตัวตาย 1 ปี

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน **[มากกว่าร้อยละ 55]**

ตชว. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน (ร้อยละ 55)

- มาตรการสำคัญ**
- การพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือน
 - การช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
 - สอบสวนโรคฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง
 - ขจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น / สร้างปัจจัยปกป้อง
 - เฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดการฆ่าตัวตาย 1 ปี
 - Active treatment ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 6 เดือน

ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล

โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

ยา, ครุภัณฑ์

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

| | |
|---|-------|
| จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ในปีงบประมาณ 2567 | X 100 |
| จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปีงบประมาณ 2567 | |

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการจากสถานบริการได้รับการรักษาต่อเนื่อง (พบแพทย์/ ปรึกษา/ มารับบริการอื่นๆ เช่น ปรึกษาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Telepsychiatry/ การออกเยี่ยมผู้ป่วย) อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลง ตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน จากสถานบริการใดก็ได้

Small Success

ปี 2567:

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| - | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 55 |

คืบสู่ชุมชน
สังคมปลอดภัย ไร้ความรุนแรง

ตัวชี้วัด

- 1. มินิธัญญารักษ์ครบวงจรทุกจังหวัด ร้อยละ 100
- 2. หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดใน รพศ./รพท. ร้อยละ 70
- 3. รพช. มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 100

4. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 62

- 5. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 8.0 ต่อแสน ปชก.
- 6. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ร้อยละ 55

มาตรการสำคัญ

- วิเคราะห์ Patient journey ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดระดับจังหวัด ตั้งแต่เข้าสู่ระบบการรักษา จนถึงกลับคืนสู่ชุมชน
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติดที่มีคุณภาพในทุกพื้นที่ให้เข้าถึงง่าย
- พัฒนากลไกและความร่วมมือดำเนินงานระดับชุมชน

- การคัดกรอง ประเมิน ผู้ป่วยยาเสพติด
- การบำบัดรักษาฟื้นฟูคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- การติดตามดูแล ช่วยเหลือต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา

- การพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือน
- การช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
- สอบสวนโรคฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง
- จัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น / สร้างปัจจัยปกป้อง
- เฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดการฆ่าตัวตาย 1 ปี
- Active treatment ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 6 เดือน

Service plan สุขภาพจิต ยาเสพติด ระดับจังหวัด

ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล

โครงสร้างบุคลากร, สถานที่

โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่

โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

ยา, ครุภัณฑ์

Data & IT

งบประมาณ

ยา, ครุภัณฑ์

Data & IT,

งบประมาณ

ยา, ครุภัณฑ์



มะเร็งครบบวงจร

3 ตัวชี้วัด

1. มีทีม Cancer Warrior ระดับจังหวัด (QW)
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งสำคัญ 5 โรค ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 77)
 - การผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์
 - เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์
 - รังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง
 - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (\geq ร้อยละ 60)
 - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (\geq ร้อยละ 70)
 - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (\geq ร้อยละ 50)
 - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (\geq ร้อยละ 50)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : **กรมการแพทย์**, กรม คร., กบรส.

สาขาโรคมะเร็ง (Cancer)



1. ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1 และ 2

เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 60

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

1. รณรงค์ให้ความรู้ประชาชนกระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และเห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริการอย่างทั่วถึง
3. อบรมพัฒนาบุคลากรทุกระดับในเรื่องการคัดกรองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้

แนวทางการตรวจติดตาม

ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)

ผลลัพธ์ที่ต้องการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ≥ ร้อยละ 60

3. สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) = $(A(C_2) / B(C_1)) \times 100$

$A(C_2)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

$B(C_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี (เป้าหมายรายปี)

เป้าหมายรายปี : ประมาณตัวเลขจาก 70% ของประชากรหญิงอายุ 30 - 60 ปี ทุกสิทธิการรักษา ทารด้วย 5

1. ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy)

2. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1 และ 2

เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 70

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

1. บริหารจัดการให้ได้รับการส่องกล้องปากมดลูกเร็วที่สุด
2. ขยายเครือข่าย และเพิ่มศักยภาพในการส่องกล้องปากมดลูก
3. การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันที่

แนวทางการตรวจติดตาม

ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)

ผลลัพธ์ที่ต้องการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ≥ ร้อยละ 70

3. สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) = $(A(CP_2) / B(CP_1)) \times 100$

$A(CP_2)$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

$B(CP_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

1. ตัวชี้วัด 3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

2. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1 และ 2

เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 50

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

1. รณรงค์ให้ความรู้ประชาชนในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อให้เห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
2. บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริการอย่างทั่วถึง
3. การพัฒนาองค์ความรู้ของประชาชน เจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้

แนวทางการตรวจติดตาม

ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)

ผลลัพธ์ที่ต้องการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ≥ ร้อยละ 50

3. สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) = $(A(F_2) / B(F_1)) \times 100$

$A(F_2)$ = จำนวนประชากร อายุ 50 - 70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

$B(F_1)$ = จำนวนประชากร อายุ 50 - 70 ปี (เป้าหมายรายปี)

เป้าหมายรายปี : ประมาณการจาก 10% ของประชากรอายุ 50 - 70 ปี

1. ตัวชี้วัด 4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

2. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1 และ 2

เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 50

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

1. บริหารจัดการให้ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy เร็วที่สุด
2. เพิ่มศักยภาพในการส่องกล้อง Colonoscopy
3. การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันที่

แนวทางการตรวจติดตาม

ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)

ผลลัพธ์ที่ต้องการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ≥ ร้อยละ 50

3. สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) = $(A(CL_2) / B(CL_1)) \times 100$

$A(CL_2)$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

$B(CL_1)$ = จำนวนประชากร อายุ 50 - 70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ

ประเด็นเน้นย้ำ

● Fit Test : ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เน้นย้ำให้หน่วยบริการจัดซื้อชุดตรวจที่มีค่า cut off 100 ng/ml

● Colonoscopy เน้นเรื่องความร่วมมือกับชมรมแพทย์ส่องกล้อง และทีม ODS ในการเร่งทำ Colonoscopy เพื่อแก้ปัญหาคอขวด Colonoscopy

อัตราการเสียชีวิต CA Cx, CA ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
CA Liver, CA Breast, Cholangio CA (ข้อมูลติดตาม)

| | | | |
|--------------|--|--|---|
| ตชว. | ทีม Cancer Warrior ระดับจังหวัด | ผป.ที่ได้รับการคัดกรอง CA Cx \geq ร้อยละ 60 | CA 5 โรคร (แยกรายโรค) ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 77 |
| | | ผู้ที่มีผลผิดปกติ (CA Cx) ได้ส่องกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70 | CA 5 โรคร (แยกรายโรค) ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 77 |
| | | ผป.ที่ได้รับการคัดกรอง CA ลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง \geq ร้อยละ 50 | CA 5 โรคร (แยกรายโรค) RT ภายใน 6 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 77 |
| | | ผู้ที่มีผลผิดปกติ (ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้ Colonoscopy \geq ร้อยละ 50 | |
| มาตรการสำคัญ | 1) Pathophysiology รายโรคระดับพื้นที่ 2) Cancer warrior - Cancer treatment - Primary prevention - Palliative care - Screening & Early detect - Cancer informatics - Cancer diagnosis - Cancer control research | - การกำหนด / สํารวจกลุ่มประชากรเป้าหมาย - การตรวจ HPV DNA, Pap smear, FIT test - การรายงานผล / แจ้งผลประชาชนภายในเวลาที่กำหนด - การติดตามผู้มีผลผิดปกติ เข้ารับการส่องกล้อง | - การเข้าถึงการวินิจฉัย เมื่อผลคัดกรองผิดปกติ - Cancer staging / การวางแผนการรักษา - การรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด - ระบบให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อ ระบบติดตามการรักษา |
| | Service plan สาขามะเร็ง ระดับจังหวัด | ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ | ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล |
| | โครงสร้างบุคลากร (ทีม Cancer Warrior) | โครงสร้างบุคลากร, โครงสร้างสถานที่ | โครงสร้างบุคลากร, โครงสร้างสถานที่ |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร |
| | Data & IT, งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ | Data & IT งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ | Data & IT, งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ |



ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

10 ตัวชี้วัด

1. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จำนวน **2,750 หน่วย**
2. อัมฤกษ์สุขภาพดี **800 อำเภอ**
3. อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล **ร้อยละ 65**
4. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
 - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน **[\geq ร้อยละ 72]**
 - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง **[\geq ร้อยละ 85]**
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี **[\geq ร้อยละ 60]**
6. ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 **น้อยกว่าร้อยละ 10** ของปีงบประมาณก่อน
7. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับการรักษาใน Stroke unit
 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง **[น้อยกว่าร้อยละ 7]**
 - ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit **[\geq ร้อยละ 80]**
8. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด
 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI **[$<$ ร้อยละ 9]**
 - ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด **[\geq ร้อยละ 60]**
9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี **[\geq ร้อยละ 40]**
10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี **[\geq ร้อยละ 60]**

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : **กรมการแพทย์**, กรม คร., สสพ., กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, กรม สบส.

| | | | |
|---------------------|---|----------|--------------|
| ตชว. | จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จำนวน 2,750 หน่วย | | |
| มาตรการสำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาคุณภาพ หน่วยปฐมภูมิ - กลไกขับเคลื่อน วัด โรงเรียน โรงงาน ชุมชน - Health station / Health package การดูแล ผน. NCDs โดย อสม. / หน่วยปฐมภูมิ | | |
| | ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล [Service plan] | | |
| | โครงสร้างบุคลากรปฐมภูมิ, โครงสร้างสถานที่ | | |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากรปฐมภูมิ | | |
| | Data & IT, | งบประมาณ | ยา, ครุภัณฑ์ |

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

C = A ÷ B x 100 เมื่อ

A = หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน

B = หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดตามแผนการจัดตั้ง

C = ร้อยละของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- สำรวจ FM ในพื้นที่
- วางแผนจัดตั้ง PCU/NPCU
- สรรหา แพทย์ FM/แผนอบรม
- จัดตั้ง PCU/NPCU
- ปรับรูปแบบบริการ เป็นแบบองค์รวมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
- PCU/NPCU ประเมินตนเอง คุณภาพมาตรฐาน บันทึกใน GIS/พัฒนาปรับปรุง
- ข้อมูล คัดกรอง/การดูแล DM HT CA Mental H. Dental H.
- หน่วยบริการร่วมเฉพาะ

อำเภอสุขภาพดี 800 อำเภอ

| | | | |
|---------------------|---|----------|--------------|
| ตชว. | อำเภอสุขภาพดี 800 อำเภอ | | |
| มาตรการสำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาคุณภาพ หน่วยปฐมภูมิ - กลไกขับเคลื่อน วัต โรงเรียน โรงงาน ชุมชน - Health station / Health package การดูแล ผน. NCDs โดย อสม. / หน่วยปฐมภูมิ | | |
| | ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล (Service plan) | | |
| | โครงสร้างบุคลากรปฐมภูมิ, โครงสร้างสถานที่ | | |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากรปฐมภูมิ | | |
| | Data & IT, | งบประมาณ | ยา, ครุภัณฑ์ |

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

1. อำเภอสุขภาพดี : ประชาชนรอบรู้และมีทักษะจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน
 - : ผ่านการประเมินตนเองตาม UC CARE
 - : เครือข่ายและกลไกการขับเคลื่อนผ่าน พชอ. [วัต, รร., โรงงาน]
 - : มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
2. Health station : มีระบบบริการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะสุขภาพ
3. Healthy package : เข้าถึงกิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใน 5 ประเด็นสำคัญในอำเภอ
 - : กินดี
 - : จิตดี
 - : ลดเนือยนิ่ง
 - : มีความสัมพันธ์ดี
 - : ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 100 อำเภอ | 300 อำเภอ | 600 อำเภอ | 800 อำเภอ |
| [ร้อยละ 12] | [ร้อยละ 37] | [ร้อยละ 75] | [ร้อยละ 100] |

อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (มากกว่าร้อยละ 65)

ตชว. อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 65

มาตรการสำคัญ

- การพัฒนาคุณภาพ หน่วยปฐมภูมิ
- กลไกขับเคลื่อน วัด โรงเรียน โรงงาน ชุมชน
- Health station / Health package การดูแล ผน. NCDs โดย อสม. / หน่วยปฐมภูมิ

ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล (Service plan)

โครงสร้างบุคลากรปฐมภูมิ, โครงสร้างสถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากรปฐมภูมิ

Data & IT, งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ):

$$\frac{\text{จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล}}{\text{จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด}} \times 100$$

* หมายเหตุ : จำนวนโควตา อสม. ทั้งหมด 1,039,729 คน

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- 1) จังหวัดมีกระบวนการบริหารจัดการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชิงรุกในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
- 2) อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|---|--|--|--|
| 1. จัดทำแนวทางการดำเนินงาน | อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล | อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล | อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล |
| 2. ปรับปรุง พัฒนาฟังก์ชันในแอปพลิเคชัน Smart อสม. | ร้อยละ 25 | ร้อยละ 45 | ร้อยละ 65 |
| 3. ชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ | | | |

ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย. DM (\geq ร้อยละ 72) และ HT (\geq ร้อยละ 85)

| | |
|---------------------|---|
| ตัว. | <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (\geq ร้อยละ 72) - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (\geq ร้อยละ 85) |
| มาตรการสำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> - ความครอบคลุมการคัดกรอง ปชช.อายุมากกว่า 35 ปี - NCDs clinic คุณภาพ ระดับปฐมภูมิ เชื่อมระดับทุติยภูมิ - ระบบ consultation แม่ข่าย - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน |
| | ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ |
| | โครงสร้างบุคลากร, โครงสร้างสถานที่ |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Data & IT,</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">งบประมาณ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ยา, ครุภัณฑ์</div> </div> |

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) : ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM

A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรค DM อายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัย

B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง DM และเป็นกลุ่มสงสัยป่วย DM

$[A/B] \times 100$

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) : ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย HT

A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วย HT 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring [HBPM]) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน

B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง HT ในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วย HT

$[A/B] \times 100$

ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจจัยกลุ่มสงสัยป่วย. DM (\geq ร้อยละ 72) และ HT (\geq ร้อยละ 85)

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- 1. การค้นหากลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วย)
 - 1.1 การคัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วย เป็นโรค DM/HT
 - 1.2 การจัดการตามระดับความเสี่ยง
- 2. การตรวจติดตามยืนยันวินิจจัยกลุ่มสงสัยป่วย DM/HT

Small Success

| ประเด็น | | 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|------------------------------|----|---|-------------|-------------|-------------|
| ตรวจติดตามยืนยัน วินิจจัย | DM | 1.ชี้แจงแนวทาง/ตัวชี้วัด 2.คัดกรองประชากร (35 ปีขึ้นไป) ที่ไม่ป่วย DM HT 3.กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วยได้รับคำแนะนำตาม ระดับความเสี่ยง | $\geq 35\%$ | $\geq 55\%$ | $\geq 72\%$ |
| | HT | | $\geq 60\%$ | $\geq 75\%$ | $\geq 85\%$ |

การให้บริการดูแลรักษา DM (\geq ร้อยละ 40) /HT (\geq ร้อยละ 60)

ตชว.

- ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($\geq 40\%$)
- ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ($\geq 60\%$)

มาตรการสำคัญ

- ความครอบคลุมการคัดกรอง ประชาชนอายุมากกว่า 35 ปี
- NCDs clinic คุณภาพ ระดับปฐมภูมิ เชื่อมระดับทุติยภูมิ
- ระบบ consultation แม่ข่าย
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน

ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ

โครงสร้างบุคลากร, โครงสร้างสถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

ยา, ครุภัณฑ์

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

A: จำนวนผู้ป่วย DM ในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

B: จำนวนผู้ป่วย DM ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

$[A/B] \times 100$

ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

A = จำนวนผู้ป่วย HT ในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับ BP ครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี

B = จำนวนผู้ป่วย HT ที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ

$[A/B] \times 100$

การให้บริการดูแลรักษา DM (\geq ร้อยละ 40) /HT (\geq ร้อยละ 60)

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

1. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ
2. การให้ความรู้และส่งเสริมให้เกิด Self-management
3. การเร่งรัดติดตาม

Small Success

| ประเด็น | | 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|--------------------------|----|--|---------|---------|-------------|
| ให้บริการดูแลรักษา DM/HT | DM | 1.ชี้แจงแนวทาง/ตัวชี้วัด 2.คัดกรองประชากร (35 ปีขึ้นไป) ที่ไม่ป่วย DM HT 3.กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วยได้รับคำแนะนำตามระดับความเสี่ยง | - | - | $\geq 40\%$ |
| | HT | | - | - | $\geq 60\%$ |

ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 (น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน)

| | |
|---------------------|---|
| ตัวชี้วัด | จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน |
| มาตรการสำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย High risk มีความรู้ Stroke, STEMI alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา - ER คุณภาพ sw.ทุกระดับ - ระบบส่งต่อ sw.แม่ข่าย |
| | ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล |
| | One Province One ER |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Data & IT,</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">งบประมาณ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ยา, ครุภัณฑ์</div> </div> |

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน = $\frac{B - A}{B} \times 100$

- A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่รพ. ของปีงบประมาณปัจจุบัน
- B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่รพ. ของปีงบประมาณก่อนหน้า

วิธีคิดของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
 สูตรการคำนวณ = $\frac{B \text{ (ปีงบประมาณ 66)} - A \text{ (ปีงบประมาณ 67)}}{B \text{ (ปีงบประมาณ 66)}} \times 100$

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน ตระหนักรู้เรื่องโรคและการคัดกรองโรคไตในกลุ่มเสี่ยงโรค DM/HT โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน และ อสม.
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในคลินิกชะลอไตเสื่อม
- มีฐานข้อมูลโรคไตเรื้อรัง เพื่อการเชื่อมโยงในระดับ sw.
- สนับสนุนการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ นวัตกรรม เพื่อกระตุ้นการตระหนักรู้ เรื่องโรคไต เช่น สื่อการเรียนรู้ เครื่องมือวัดความเค็ม และช้อนโรคไต เป็นต้น
- การประเมินการดำเนินการคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ (CKD clinic)

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่าร้อยละ 7) และการได้รับการรักษาใน Stroke unit (\geq ร้อยละ 80)

| | |
|---------------------|--|
| ตัวชี้วัด | <ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่าร้อยละ 7) - ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit (\geq ร้อยละ 80) |
| มาตรการสำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย High risk มีความรู้ Stroke, STEMI alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา - ER คุณภาพ sw.ทุกระดับ - ระบบส่งต่อ sw.แม่ข่าย |
| | ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล |
| | One Province One ER |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร |
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Data & IT,</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">งบประมาณ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ยา, ครุภัณฑ์</div> |

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [Stroke: I60-I69] = $[A/B] \times 100$

- A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [Stroke: I60-I69] จากทุกหอผู้ป่วย
- B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน [Stroke: I60-I69]

2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [I60-I69] ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit = $[A/B] \times 100$

- A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [I60-I69] ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit
- B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [I60-I69] ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- 1) จัดทำ/ ปรับปรุงแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ
- 2) พัฒนาสถานพยาบาลทุกระดับในเครือข่ายเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง
- 3) ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชนอย่างต่อเนื่อง
- 4) โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่ง ต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด
- 5) จัดให้มี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม
- 6) เพิ่มจำนวนเตียงใน Stroke Unit ให้เพียงพอ
- 7) เพิ่มการรักษา Ischemic Stroke และ Hemorrhagic Stroke ใน Stroke Unit/ ICU
- 8) จัดให้มีการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม
- 9) พิจารณาเปิดบริการ Mobile Stroke Unit ในพื้นที่ที่เหมาะสม เขตสุขภาพละ 1 แห่ง
- 10) พัฒนาเครือข่ายวิชาการและบริการทั้ง Acute และ Intermediate Care
- 11) จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายใน และภายนอกเขตสุขภาพ ที่รับผิดชอบให้ชัดเจน
- 12) เพิ่ม Certified Stroke Unit/ Certified SSCC [Standard Stroke Center Certification]
- 13) สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่บุคลากรทางการแพทย์
- 14) กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่าร้อยละ 7) และการได้รับการรักษาใน Stroke unit (\geq ร้อยละ 80)

Small Success

| สอบ 3 เดือน | สอบ 6 เดือน | สอบ 9 เดือน | สอบ 12 เดือน |
|--|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> จัดทำ/ปรับปรุงแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมองและประชาสัมพันธ์ Stroke alert/ awareness อย่างต่อเนื่อง มีการนำ Care map for Hemorrhagic stroke มาใช้ใน Stroke unit มีการวางแผนเปิดบริการ mechanical thrombectomy ระดับเขตสุขภาพ มีการวางแผนเปิดบริการ Mobile Stroke Unit ในพื้นที่ที่เหมาะสม เขตสุขภาพละ 1 แห่ง | <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีอาการ ไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที \geq 70% ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit \geq 80% โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด มีแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในและนอกเขตสุขภาพที่รับผิดชอบที่ชัดเจน มีแนวทางและระบบให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ที่ชัดเจนในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ อบรม Stroke: Basic course | <ol style="list-style-type: none"> อัตราการตายโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) $<$ 25% อัตราการตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke: I63) $<$ 5% จัดให้มี Stroke Unit และ Stroke Fast Track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง sw. ในเครือข่ายวิชาการ อบรม Stroke: Advance course อบรม Stroke: Manager course | <ol style="list-style-type: none"> อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I69) $<$ 7% อัตราการตายโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60 - I62) $<$ 25% อัตราการตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke: I63) $<$ 5% ร้อยละผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีอาการ ไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที \geq 75% ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit \geq 80% มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง |

อัตราการตายของผู้ป่วยโรค STEMI (< ร้อยละ 9) และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)

ตชว.

- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 9)
- ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)

มาตรการสำคัญ

- ผู้ป่วย High risk มีความรู้ Stroke, STEMI alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา
- ER คุณภาพ sw.ทุกระดับ
- ระบบส่งต่อ sw.แม่ข่าย

ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล

One Province One ER

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

ยา, ครุภัณฑ์

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI = $[A1/B1] \times 100$

- A1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่เสียชีวิตใน sw.ทั้งหมด
- B1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่รับไว้รักษาใน sw.ทั้งหมด

ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = $[A/B] \times 100$

- A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI [EKG diagnosis] เมื่อมาถึง sw.
- B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึง sw. และได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

- มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่
- 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI ได้ตามมาตรฐาน
 - 2) มีการบูรณาการระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Track ที่ชัดเจนแบบไร้รอยต่อและปฏิบัติได้จริงทุก sw. ในเขตสุขภาพ
 - 3) ลดเวลารยะเวลารอคอยผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้รักษาโดยการทำบอลลูนหรือ CABG
 - 4) มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 5) มีแนวทางการควบคุมโรคกลุ่ม NCD ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้อยู่ในระดับตามมาตรฐาน
 - 6) ให้การศึกษากับผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเอง
 - 7) มีข้อมูลการผลการรักษาผู้ป่วย STEMI เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผล อัตราตายของผู้ป่วย STEMI

- มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่
- 1) มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยทุกวัน ตลอด 24 ชม. (24/7)
 - 2) มีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือดโดยสามารถให้ยาได้
 - 3) มีความพร้อมของหน่วยงานรพพยาบาลบุคลากร และมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต เพื่อพร้อมส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชม.
 - 4) หน่วยบริการที่มีความพร้อมในการให้รักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI
 - 5) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม
 - 6) มีข้อมูลการให้การรักษานผู้ป่วย STEMI เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผล

อัตราการตายของผู้ป่วยโรค STEMI (< ร้อยละ 9) และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด [\geq ร้อยละ 60]

Small Success

| มาตรการ | 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|--|--|------------------|------------------|------------------|
| 1.มีการให้ Health literacy กับประชาชนในด้าน alert/ awareness และการเข้าถึงการรักษา | มี | มี | มี | มี |
| 2.มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tractและระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ | มี | มี | มี | มี |
| 3. มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS | มีการทบทวน CPG ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ | มี | มี | มี |
| 4.โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดและมีความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้ | มี | มี | มี | มี |
| 5.มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/ เขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7 | มี | มี | มี | มี |
| 6.อัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI (Reperfusion rate) | \geq ร้อยละ 80 | \geq ร้อยละ 80 | \geq ร้อยละ 80 | \geq ร้อยละ 80 |

ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

(ระบบปฐมภูมิ + รพช.แม่ข่าย)

ยกระดับการให้บริการที่มีคุณภาพ
ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว
ลดระยะเวลารอคอย ลดป่วย ลดการเสียชีวิตในโรคที่สำคัญ

| | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|---|
| ตชว. | จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายฯ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 (2,750 ทีม) | การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วย DM, HT DM ≥ ร้อยละ 72, HT ≥ ร้อยละ 85 | อัตราการตาย STEMI < ร้อยละ 9 | STEMI รักษาในเวลาที่กำหนด ≥ ร้อยละ 60 |
| | อำเภอสุขภาพดี 800 อำเภอ | ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมได้ ≥ ร้อยละ 40 | อัตราการตาย Stroke < ร้อยละ 7 | Stroke รักษาใน Stroke Unit ≥ ร้อยละ 80 |
| | อสม.มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิ ขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 65 | ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมได้ ≥ ร้อยละ 60 | ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 เพิ่มขึ้น < ร้อยละ 10 | |
| มาตรการสำคัญ | - การพัฒนาคุณภาพ หน่วยปฐมภูมิ - กลไกขับเคลื่อน วัด โรงเรียน โรงงาน ชุมชน - Health station / Health package การดูแล ผป. NCDs โดย อสม. / หน่วยปฐมภูมิ | - ความครอบคลุมการคัดกรอง ปชช.อายุมากกว่า 35 ปี - NCDs clinic คุณภาพ ระดับปฐมภูมิ เชื่อมระดับทุติยภูมิ - ระบบ consultation แม่ข่าย - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน | - ผู้ป่วย High risk มีความรู้ Stroke, STEMI alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา - ER คุณภาพ รพ.ทุกระดับ - ระบบส่งต่อ รพ.แม่ข่าย | |
| | ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล (Service plan) | ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ | ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล | |
| | โครงสร้างบุคลากรปฐมภูมิ, โครงสร้างสถานที่ | โครงสร้างบุคลากร, โครงสร้างสถานที่ | One Province One ER | |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากรปฐมภูมิ | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | |
| Data & IT, งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ | Data & IT งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ | Data & IT, งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ | | |

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : กรมการแพทย์, กรมอนามัย, กรม สบส., กรม คร., สสป.สป

ดำเนินการได้ดี / ผ่านเกณฑ์

อยู่ระหว่างดำเนินการ

ควรเร่งดำเนินการ



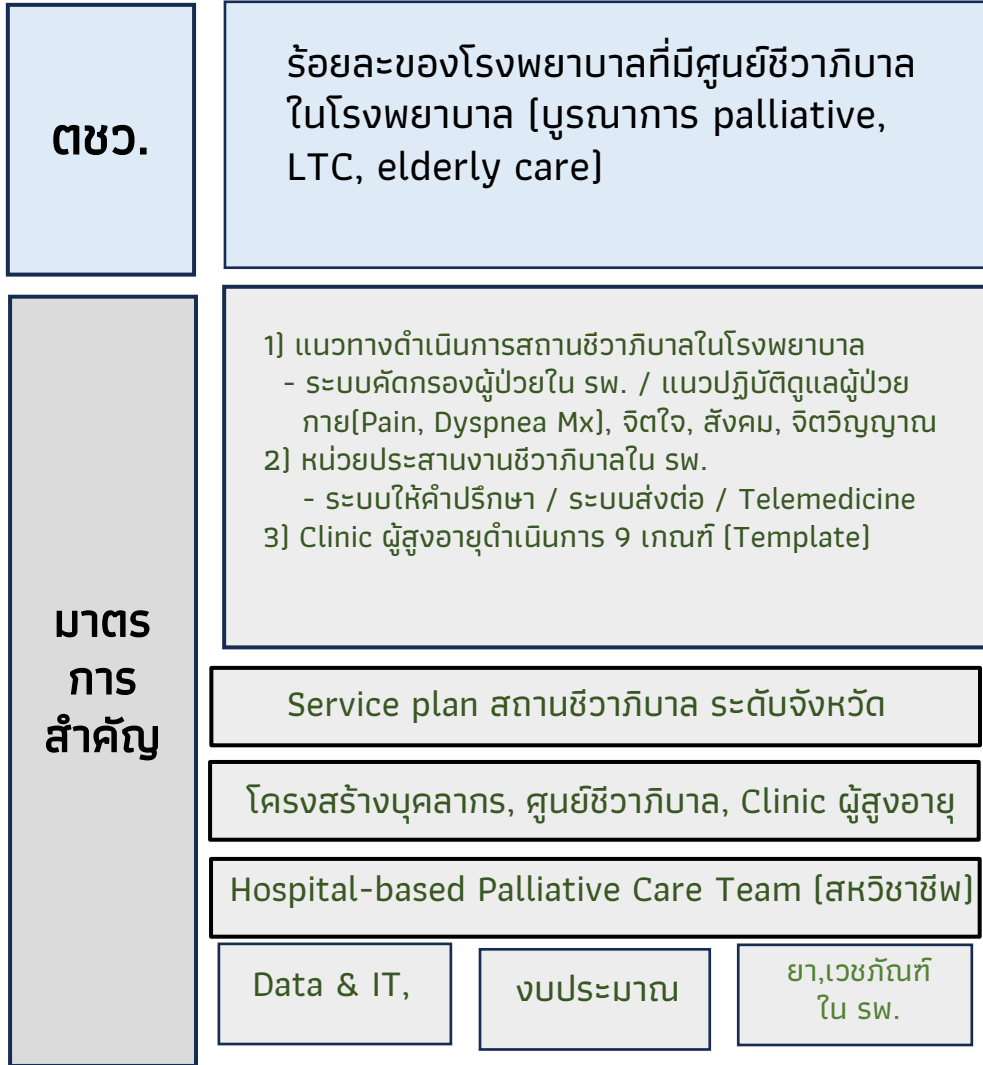
สถานชีวาภิบาล

1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล (บูรณาการ palliative, LTC, elderly care)
2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ [**≥ร้อยละ 50**]
3. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า [Advance Care Planning] ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ [**≥ ร้อยละ 70**]
4. ให้บริการในสถานชีวาภิบาลจังหวัดละ 1 แห่ง [**ร้อยละ 80**] (สถานชีวาภิบาลในชุมชน/กุฎชีวาภิบาล)
5. Hospital at home/ Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง [**ร้อยละ 80**]

5 ตัวชี้วัด

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : **กบรส., กรมการแพทย์, กรมอนามัย**

ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับที่มีศูนย์ชีวภิบาลในโรงพยาบาล



สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$$\frac{\text{จำนวน โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีศูนย์ชีวภิบาลในโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด}} \times 100$$

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

จัดตั้งให้มีศูนย์ชีวภิบาลโดยมีองค์ประกอบ หน้าที่ แนวทางตามคู่มือ ดำเนินการตามนโยบายสถานชีวภิบาล กระทรวงสาธารณสุข

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|---------|-----------|---------|-----------|
| - | ร้อยละ 25 | - | ร้อยละ 50 |

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ (>ร้อยละ 50)

ตัวชี้วัด: ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ (>ร้อยละ 50)

มาตรการสำคัญ

- 1) แนวทางดำเนินการสถานชิวาภิบาลในโรงพยาบาล
 - ระบบคัดกรองผู้ป่วยใน sw. / แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยกาย(Pain, Dyspnea Mx), จิตใจ, สังคม, จิตวิญญาณ
- 2) หน่วยประสานงานชิวาภิบาลใน sw.
 - ระบบให้คำปรึกษา / ระบบส่งต่อ / Telemedicine
- 3) Clinic ผู้สูงอายุดำเนินการ 9 เกณฑ์ [Template]

Service plan สถานชิวาภิบาล ระดับจังหวัด

โครงสร้างบุคลากร, ศูนย์ชิวาภิบาล, Clinic ผู้สูงอายุ

Hospital-based Palliative Care Team [สหวิชาชีพ]

Data & IT, งบประมาณ ยา,เวชภัณฑ์ใน sw.

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ = $(A/B) \times 100$
 A = จำนวนของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ
 B = จำนวนโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (พิจารณาสัดส่วนของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ได้แก่ F M S A)

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ รอบที่ 1

มีการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุครอบคลุม การประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ มีการวินิจฉัยและวางแผนการดูแล รวมถึงมีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุน การรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ รอบที่ 2

พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์คุณภาพการบริการ

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|---------|-------------|-------------|-------------|
| - | ≥ ร้อยละ 30 | ≥ ร้อยละ 40 | ≥ ร้อยละ 50 |

ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า [Advance Care Planning]

ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ [\geq ร้อยละ 70]

ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า
(Advance Care Planning)
ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ

- การทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting
- มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะระดับประคอง
- จัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
- เครือข่ายบูรณาการการดูแลระดับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟิน อุปกรณ์ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ระบบการส่งต่อ จาก รพ. ชุมชน

เครือข่ายบุคลากร เชื่อมโยง หน่วยบริการ ชุมชน ครอบครัว

Data & IT

งบประมาณ

ยา,เวชภัณฑ์
เชื่อมโยง รพ.-ชุมชน

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$[A/B] \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะระดับประคอง [Z51.5] และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning

B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะระดับประคอง [Z51.5] ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- การทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting
- มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะระดับประคอง
- จัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
- เครือข่ายบูรณาการการดูแลระดับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟิน อุปกรณ์ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ให้บริการในสถานชิวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง

คชว.

1. จัดตั้งสถานชิวาภิบาลจังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80)
2. มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80)
3. มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (ร้อยละ 95)

มาตรการสำคัญ

- 1) แนวทางดำเนินการสถานชิวาภิบาล Hospital at home / Home ward ในชุมชน
 - ระบบคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน
 - แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม กาย (Pain, Dyspnea Mx), จิตใจ, สังคม, จิตวิญญาณ ในชุมชน
- 2) หน่วยประสานงานชิวาภิบาลในชุมชน

ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล ในชุมชน

โครงสร้างบุคลากร โครงสร้างสถานที่ ในชุมชน

Community-Based Palliative Care Team (สหวิชาชีพ)

Data & IT,

งบประมาณ

คลังยา,เวชภัณฑ์ในชุมชน

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

๑. $\frac{\text{จำนวนจังหวัดที่มีสถานชิวาภิบาล}}{\text{จำนวนจังหวัดทั้งหมด}} \times 100$
๒. $\frac{\text{จำนวนจังหวัดที่มีบริการ Hospital at Home / Home ward}}{\text{จำนวนจังหวัดทั้งหมด}} \times 100$
๓. $\frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการคลินิกผู้สูงอายุ}}{\text{จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับ}} \times 100$

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

จัดการบริการดูแลระยะยาว (LTC) และการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย รวมถึงผู้สูงอายุในรูปแบบรัฐ เอกชน และประชาชน เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ ชุมชน บ้าน

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|--|---|---|--|
| - จัดตั้งสถานชิวาภิบาล เขตสุขภาพละ 1 แห่ง - จัดตั้ง Hospital at Home / Home ward เขตสุขภาพละ 1 แห่ง | - จัดตั้งสถานชิวาภิบาล เขตสุขภาพละ 2 แห่ง - จัดตั้ง Hospital at Home/ Home ward เขตสุขภาพละ 2 แห่ง | - จัดตั้งสถานชิวาภิบาล เขตสุขภาพละ 3 แห่ง - จัดตั้ง Hospital at Home/ Home ward เขตสุขภาพละ 3 แห่ง | - จัดตั้งสถานชิวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง - จัดตั้ง Hospital at Home/ Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง - มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับและผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 50 |

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) (มากกว่า ร้อยละ 70)

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ตชว. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70)

[A/B] x 100

- A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง [Z51.5] และได้รับการจัดทำ Advance Care Planning
- B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง [Z51.5]

มาตรการสำคัญ

- การทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting
- มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง
- จัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
- เครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟิน อุปกรณ์ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ รอบที่ 1

- 1.หน่วยบริการมีบุคลากรด้าน Palliative Care ตามเกณฑ์ที่กำหนด และได้รับการอบรมให้สามารถ จัดทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting ในผู้ป่วยระยะประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
- 2.หน่วยบริการมีระบบการวินิจฉัยผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- 3.มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำ
- 4.มีระบบการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/ ชุมชน

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ รอบที่ 2

- 1.มีการจัดทำ ACP เป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกในเวชระเบียน และส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการอื่นที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน
- 2.มีระบบการจัดการยาและสามารถบริหารยาต่อเนื่องที่บ้านได้

ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ระบบการส่งต่อ จาก sw. สู่ ชุมชน

เครือข่ายบุคลากร เชื่อมโยง หน่วยบริการ ชุมชน ครอบครัว

Data & IT,

งบประมาณ

ยา,เวชภัณฑ์ เชื่อมโยง sw.-ชุมชน

Small Success

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|-------------|---|
| หน่วยบริการรับทราบเข้าใจ และสามารถวางแผนเพื่อบรรสุตัวชี้วัด | หน่วยบริการมีบุคลากรด้าน Palliative Care มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting อย่างมีคุณภาพ (ได้รับการอบรมตามแผนการดำเนินงาน ปี 2566) | | มีการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพตามเป้าหมาย ร้อยละ 70 |

ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เพิ่มคุณภาพชีวิต
 ลดภาระค่าเดินทาง การรอคอย ครอบคลุมไร้กังวล
 ถูกหลาณวัยทำงานไม่เสียรายได้

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| ตชว. | ศูนย์ชีวาภิบาล ใน รพ. | ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 70 | สถานชีวาภิบาลในชุมชน จังหวัดละ 1 แห่ง |
| | รพ.ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ ≥ร้อยละ 50 | | Hospital at home/Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง |
| มาตรการสำคัญ | 1) แนวทางดำเนินการสถานชีวาภิบาลในโรงพยาบาล - ระบบคัดกรองผู้ป่วยใน รพ. / แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วย กาย(Pain, Dyspnea Mx), จิตใจ, สังคม, จิตวิญญาณ 2) หน่วยประสานงานชีวาภิบาลใน รพ. - ระบบให้คำปรึกษา / ระบบส่งต่อ / Telemedicine 3) Clinic ผู้สูงอายุดำเนินการ 9 เกณฑ์ (Template) | - การทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting - มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคอง - จัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก - เครือข่ายบูรณาการการดูแลระดับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟิน อุปกรณ์ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน | 1) แนวทางดำเนินการสถานชีวาภิบาล Hospital at home / Home ward ในชุมชน - ระบบคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน - แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม กาย (Pain, Dyspnea Mx), จิตใจ, สังคม, จิตวิญญาณ ในชุมชน 2) หน่วยประสานงานชีวาภิบาลในชุมชน |
| | Service plan สถานชีวาภิบาล ระดับจังหวัด | ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ | ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล ในชุมชน |
| | โครงสร้างบุคลากร, ศูนย์ชีวาภิบาล, Clinic ผู้สูงอายุ | ระบบการส่งต่อ จาก รพ. สู่ ชุมชน | โครงสร้างบุคลากร โครงสร้างสถานที่ ในชุมชน |
| | Hospital-based Palliative Care Team (สหวิชาชีพ) | เครือข่ายบุคลากร เชื่อมโยง หน่วยบริการ ชุมชน ครอบครัว | Community-Based Palliative Care Team (สหวิชาชีพ) |
| | Data & IT, งบประมาณ ยา,เวชภัณฑ์ ใน รพ. | Data & IT งบประมาณ ยา,เวชภัณฑ์ เชื่อมโยง รพ.-ชุมชน | Data & IT, งบประมาณ คลังยา,เวชภัณฑ์ ในชุมชน |

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : กรมอนามัย, กรมการแพทย์, กบรส.สป.

■ ดำเนินการได้ดี / ผ่านเกณฑ์ ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ ■ ควรเร่งดำเนินการ



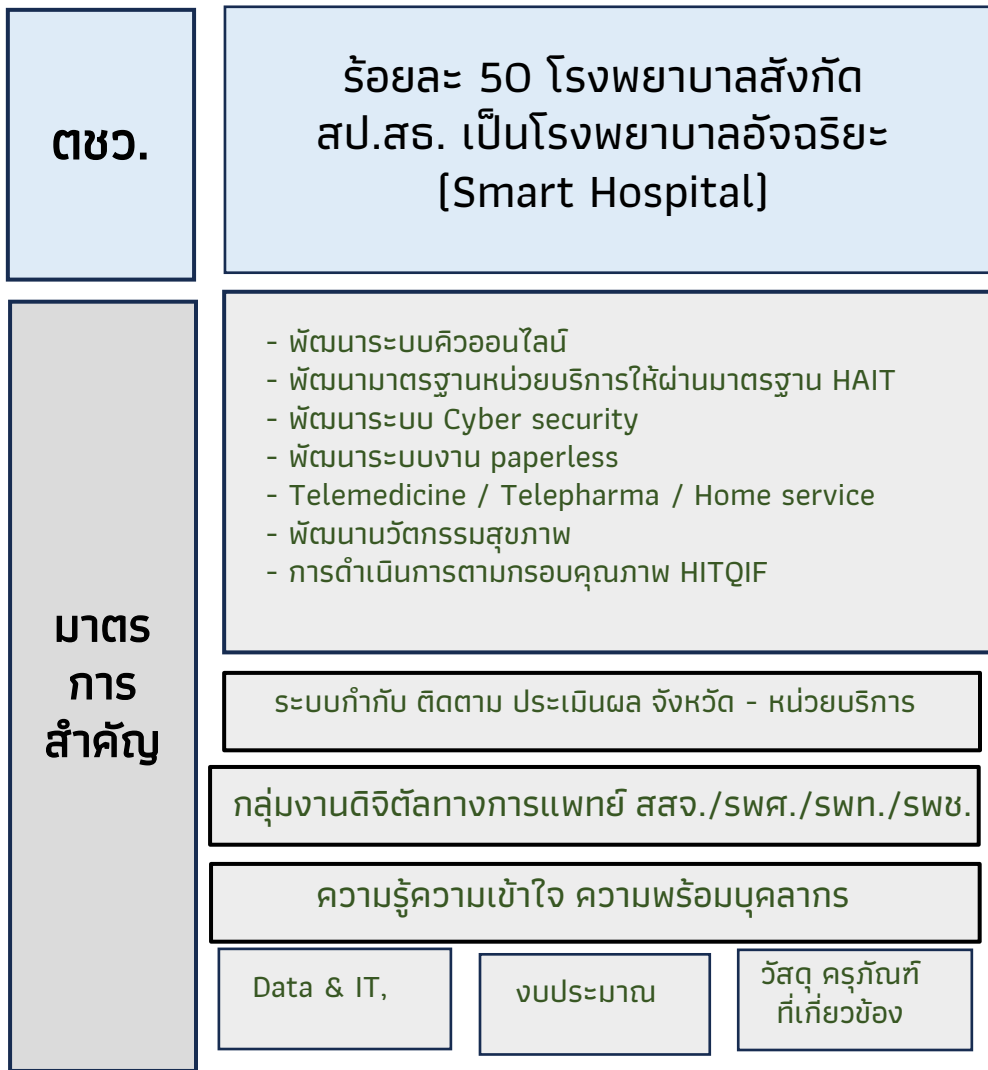
ดิจิทัลสุขภาพ (One ID Card Smart Hospital)

4 ตัวชี้วัด

1. โรงพยาบาลสังกัด สป.สร. เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)
2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10** [ประมาณ 100 แห่ง]
3. **ร้อยละ 100** ของโรงพยาบาลในสังกัด สป.สร. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ ภายใน 12 เขตสุขภาพ
4. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด **3,500 ครั้ง** [ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60]

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : **สำนักสุขภาพดิจิทัล สป.**, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศฯ สป.

โรงพยาบาลสังกัด สป.สร. เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)



สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

จำนวนรพ. อัจฉริยะระดับเงินขึ้นไป x 100

จำนวน รพ. ในสังกัด สป. สร.

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- มาตรการสำหรับ รพ.
 - 1.1] รพ. ศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์มาตรฐาน รพ. อัจฉริยะ ทั้ง 4 ด้าน รวมทั้งประเมินตนเอง
 - 1.2] รพ. จัดทำแผนพัฒนาประจำปี เพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะ และรายงานตามระบบ
- แนวทางสำหรับ สสจ.
 - 2.1] แต่งตั้ง คกก. ประเมิน รพ.อัจฉริยะระดับจังหวัด
 - 2.2] จัดทำแผนตรวจประเมินและลงตรวจประเมิน รพ. อัจฉริยะ รวมทั้งรายงานผลการประเมินให้ คกก. ประเมิน รพ. อัจฉริยะระดับเขตสุขภาพ
- แนวทางสำหรับ เขตสุขภาพ
 - 3.1] แต่งตั้ง คกก. ประเมิน รพ.อัจฉริยะระดับเขตสุขภาพ
 - 3.2] ลงตรวจประเมิน รพ. อัจฉริยะที่ได้ 900 คะแนนขึ้นไป และรับรองผลการตรวจประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะทุกแห่ง

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|--|---------|---------|--|
| รพ.อัจฉริยะ 200 แห่ง (สังกัด สป.สร.) ระดับเงินขึ้นไป | - | - | ร้อยละ 50 รพ. สังกัด สป.สร. เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเงินขึ้นไป |

โรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT

| | | |
|---------------------|--|----------|
| ตชว. | ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (ประมาณ 100 แห่ง) | |
| มาตรการสำคัญ | <ul style="list-style-type: none">- พัฒนาระบบคิวออนไลน์- พัฒนามาตรฐานหน่วยบริการให้ผ่านมาตรฐาน HAIT- พัฒนาระบบ Cyber security- พัฒนาระบบงาน paperless- Telemedicine / Telepharma / Home service- พัฒนานวัตกรรมสุขภาพ- การดำเนินการตามกรอบคุณภาพ HITQIF | |
| | ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล จังหวัด - หน่วยบริการ | |
| | กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์ สสจ./สพศ./สพท./สพช. | |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | |
| | Data & IT, | งบประมาณ |

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$$[(A+B) / C] \times 100$$

A = จำนวนโรงพยาบาลได้รับการตรวจเยี่ยม หรือตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

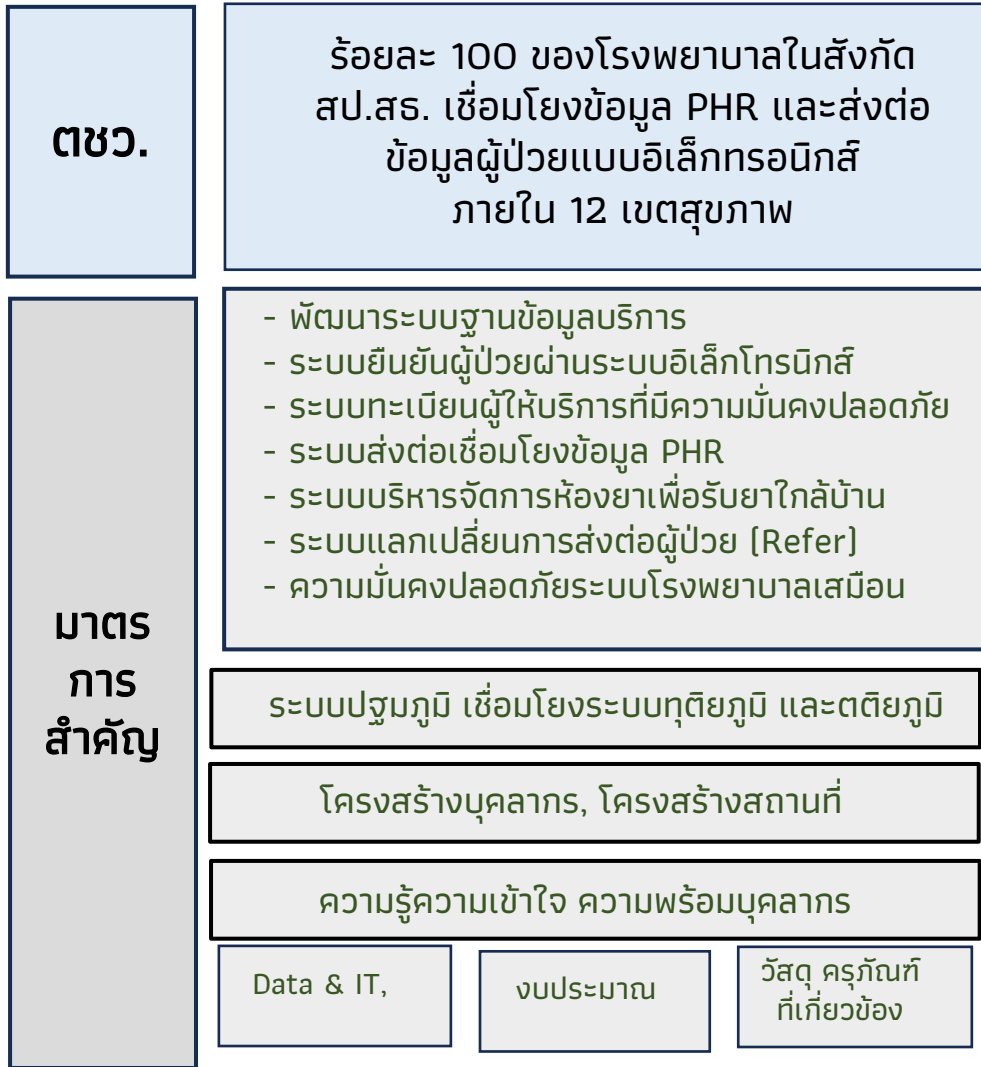
B = จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองผลการประเมินผ่านเกณฑ์ HAIT แล้วและยังมีอายุการรับรองคงเหลือ ไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

C = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่เปิดให้บริการ (ข้อมูล ณ 3 ต.ค. 66 จำนวน 902 แห่ง)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

- 1) พัฒนาระบบคิวออนไลน์
- 2) พัฒนามาตรฐานหน่วยบริการให้ผ่านมาตรฐาน HAIT
- 3) พัฒนาระบบ Cyber security
- 4) พัฒนาระบบงาน paperless
- 5) Telemedicine / Telepharma / Home service
- 6) พัฒนานวัตกรรมสุขภาพ

โรงพยาบาลในสังกัด สป.สร. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย



สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$$\frac{\text{จำนวน sw.สังกัด สป.สร.เชื่อมโยงข้อมูล PHR} \times 100}{\text{จำนวน sw.สังกัด สป.สร. ทั้งหมด}}$$

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- 1) จัดทำแนวทางและคู่มือ ในการส่งข้อมูล PHR และ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์
- 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำแผนขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่”
- 3) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่
- 4) จัดประชุมชี้แจงการส่งข้อมูลระบบทะเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (Personal Health Record: PHR)

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|--|--|---|--|
| ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สร. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบ อิเล็กทรอนิกส์ ใน 4 จังหวัดนำร่อง | ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สร. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบ อิเล็กทรอนิกส์ ใน 8 จังหวัดนำร่อง และ 4 เขตสุขภาพ | ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สร.เชื่อมโยงข้อมูล PHR และ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบ อิเล็กทรอนิกส์ ใน 9 เขตสุขภาพนำร่อง | ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สร.เชื่อมโยงข้อมูล PHR และ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบ อิเล็กทรอนิกส์ ใน 12 เขตสุขภาพ |

จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตชว. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60)

- มาตรการสำคัญ**
- กระบวนการมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์
 - ปฏิบัติภายใต้ PDPA และทำการบันทึก RoPA
 - ระบบเรียกเก็บค่าบริการรักษาจากกองทุนต่างๆ
 - บันทึกข้อมูลใน HIS ด้วยรหัส Service มาตรฐาน
 - เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้าน
 - จำนวนครั้งการให้บริการฯ ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง

ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล

โครงสร้างบุคลากร, สถานที่, ศูนย์ Telemedicine

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

วัสดุ ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$$[A/B] \times 100$$

A = จำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง

B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- 1) หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือตามบริบทของพื้นที่
- 2) อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ
- 3) การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อกับระบบบันทึกการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS)
- 4) หน่วยบริการจัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล
- 5) หน่วยบริการจัดทำรายงานสิ้นปี แสดงสถิติจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการคำนวณร้อยละของตัวชี้วัดในปีงบประมาณถัดไป
- 6) คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด ติดตามและกำกับดูแลหน่วยบริการให้มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด

จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

Small Success : **ระดับจังหวัด**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|--|
| มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService | มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก | มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสสอง | มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงใน HDCService |

Small Success : **ระดับเขตสุขภาพ**

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|---|---|---|
| มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService | มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก | มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจากไตรมาสสอง | มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงใน HDCService คิดเป็นร้อยละของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ |

ความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัล
เพื่อช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยใน รพ.

| | | | | | |
|--------------|--|---|--|----------|-----------------------------|
| ตชว. | ยกระดับเป็น รพ.อัจฉริยะ (รพ.ทุกแห่ง) | ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน | จังหวัดมีบริการการแพทย์ทางไกล | | |
| | ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT > ร้อยละ 10 | : รพ.ในสังกัด สป.สธ. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลแบบ Electronics (ร้อยละ 100) | > 3,500 ครั้ง | | |
| มาตรการสำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบคิวออนไลน์ - พัฒนามาตรฐานหน่วยบริการให้ผ่านมาตรฐาน HAIT - พัฒนาระบบ Cyber security - พัฒนาระบบงาน paperless - Telemedicine / Telepharma / Home service - พัฒนานวัตกรรมสุขภาพ - การดำเนินการตามกรอบคุณภาพ HITQIF | <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการ - ระบบยืนยันผู้ป่วยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ - ระบบทะเบียนผู้ให้บริการที่มีความมั่นคงปลอดภัย - ระบบส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูล PHR - ระบบบริหารจัดการห้องยาเพื่อรับยาใกล้บ้าน - ระบบแลกเปลี่ยนการส่งต่อผู้ป่วย (Refer) - ความมั่นคงปลอดภัยระบบโรงพยาบาลเสมือน | <ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ - ปฏิบัติภายใต้ PDPA และทำการบันทึก RoPA - ระบบเรียกเก็บค่าบริการรักษาจากกองทุนต่างๆ - บันทึกข้อมูลใน HIS ด้วยรหัส Service มาตรฐาน - เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้าน - จำนวนครั้งการให้บริการฯ ภาพรวมทั้งจังหวัด ไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง | | |
| | ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล จังหวัด - หน่วยบริการ | ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ | ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล | | |
| | กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์ สสจ./รพศ./รพท./รพช. | โครงสร้างบุคลากร, โครงสร้างสถานที่ | โครงสร้างบุคลากร, สถานที่, ศูนย์ Telemedicine | | |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | | |
| Data & IT, | งบประมาณ | วัสดุ, ครุภัณฑ์ | Data & IT, | งบประมาณ | วัสดุ, ครุภัณฑ์ |
| Data & IT | งบประมาณ | วัสดุ ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง | Data & IT, | งบประมาณ | วัสดุ ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง |

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : สำนักสุขภาพดิจิทัล สป., ศูนย์เทคโนโลยีฯ สป., กยผ.สป.

ดำเนินการได้ดี / ผ่านเกณฑ์
 อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ควรเร่งดำเนินการ



ส่งเสริมการมีบุตร

4 ตัวชี้วัด

1. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
2. อัตราส่วนการตายมารดาไทย [ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน]
3. ร้อยละของการรกแรกเกิดได้รับการตัดกรองโรคหายาก [IEM 40 โรค] ร้อยละ 65 (รอบ 6 เดือน)
4. อัตราตายการรกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน [< 3.60 ต่อ 1,000 การรกแรกเกิดมีชีพ]

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : กรมอนามัย, กรมการแพทย์, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร (ร้อยละ 100)

| | | |
|---------------------|--|-------------|
| ตชว. | ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร | |
| มาตรการสำคัญ | <ul style="list-style-type: none">- จัดบริการ ดูแล รักษาภาวะมีบุตรยาก ตามศักยภาพ- รพช. : ให้คำปรึกษาเบื้องต้น, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเพิ่มโอกาสมีบุตร, ระบบส่งต่อ รพ.ที่มีผู้เชี่ยวชาญ- รพศ./รพท. : ค้นหาสาเหตุภาวะมีบุตรยาก, ดูแลสุขภาพคู่สมรส, กระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่, IUI, IVF | |
| | Service plan สาขาแม่และเด็ก | |
| | โครงสร้างบุคลากร, โครงสร้างสถานที่ | |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | |
| Data & IT, | งบประมาณ | ยา ครุภัณฑ์ |

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$$[A/B] \times 100$$

A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- 1) จัดบริการ ดูแล รักษาภาวะมีบุตรยาก ตามศักยภาพ
- 2) รพช. : ให้คำปรึกษาเบื้องต้น, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเพิ่มโอกาสมีบุตร, ระบบส่งต่อ รพ.ที่มีผู้เชี่ยวชาญ
- 3) รพศ./รพท. : ค้นหาสาเหตุภาวะมีบุตรยาก, ดูแลสุขภาพคู่สมรส, กระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่, IUI, IVF

อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

| | | | |
|-------------------------------|---|-------------|----------|
| ตชว. | อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน | | |
| มาตร การ สำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> - ANC คุณภาพ - ค้นหา คัดกรอง จัดการความเสี่ยง ANC - ห้องคลอดคุณภาพ - CPG ดูแลโรคสำคัญ อาทิ Eclampsia, PPH ฯลฯ - ระบบ consult, ส่งต่อคุณภาพ เชื่อมโยงแม่ข่าย - ระบบทบทวนสาเหตุการเสียชีวิต, Risk Mx | | |
| | ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ | | |
| | One Province One LR | | |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Data & IT,</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">งบประมาณ</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">ยา ครุภัณฑ์</td> </tr> </table> | Data & IT, | งบประมาณ |
| Data & IT, | งบประมาณ | ยา ครุภัณฑ์ | |

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$[A/B] \times 100000$

A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์,คลอดและหลังคลอดภายใน 42 วัน
ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด
B = จำนวนเด็กเกิดมีชีพในช่วงเวลาเดียวกัน

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- 1) ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565 กรมอนามัย
- 2) ให้บริการฝากครรภ์ตามคู่มือการฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข
- 3) ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงและวางแผนคลอด
- 4) ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงเครือข่ายห้องคลอด ด้วยระบบ One Province One Labor room
- 5) ลดการตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้
- 6) Contraception NCD
- 7) ทบทวนการตายมารดารายบุคคลทุกราย

อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|---|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> ทุกหน่วยบริการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565 กรมอนามัย ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ไตรมาส ละครั้ง ทุกจังหวัดมีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงเครือข่ายห้องคลอด ด้วยระบบ One Province One Labor room | <ol style="list-style-type: none"> ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ไตรมาสละ 1 ครั้ง ร้อยละ ๓0 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ร้อยละ 100 ของการตายมารดาได้รับการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามขั้นตอนของกรมอนามัย | <ol style="list-style-type: none"> ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ไตรมาสละ 1 ครั้ง การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือด ลดลงร้อยละ 15 จากปีที่ผ่านมา การตายมารดาจากสาเหตุทางตรงลดลง ร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง ร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา ร้อยละสาเหตุการตามารดาจำแนกตาม ICD-MM | <ol style="list-style-type: none"> ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ไตรมาสละ 1 ครั้ง อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ร้อยละ ๗๕ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ ๕๕ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 55 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ 100 ของการตายมารดาได้รับการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามขั้นตอนของกรมอนามัย ร้อยละ ๗๕ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ การรกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 |

การรณรงค์แรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหทัยาก (IEM 40 โรค) (ร้อยละ 95)

| | | | |
|---------------------|---|-------------|----------|
| ตชว. | ร้อยละของการรณรงค์แรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหทัยาก (IEM 40 โรค) ร้อยละ 95 | | |
| มาตรการสำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> - สํารวจสาเหตุเสียชีวิต 5 อันดับแรก Newborn และวางแผนป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุ - ระบบส่งต่อคุณภาพ (Intrauterine transfer, STABLE program) - ระบบการคัดกรองเด็กแรกเกิดคุณภาพ - จัดบริการคัดกรองโรคหทัยาก เครือข่ายส่งต่อ | | |
| | ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล | | |
| | โครงสร้างบุคลากร, NICU, WCC | | |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | | |
| | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Data & IT,</td> <td style="width: 33%;">งบประมาณ</td> <td style="width: 33%;">ยา ครุภัณฑ์</td> </tr> </table> | Data & IT, | งบประมาณ |
| Data & IT, | งบประมาณ | ยา ครุภัณฑ์ | |

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$[A/B] \times 100$

- A = จำนวนการรณรงค์แรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโรคหทัยาก (IEM) 40 โรค จากหน่วยตรวจคัดกรองในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 10 แห่ง
- B = จำนวนการเกิด อ่างอิงสถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

การประชุมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่แต่ละเขตสุขภาพเพื่อควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมการตรวจ

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 50 | ร้อยละ 65 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 95 |

อัตราการทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต)

ตชว. อัตราตายทารกแรกเกิด
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน
(< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต)

มาตรการสำคัญ

- สํารวจสาเหตุเสียชีวิต 5 อันดับแรก Newborn และวางแผนป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุ
- ระบบส่งต่อคุณภาพ (Intrauterine transfer, STABLE program)
- ระบบการคัดกรองเด็กแรกเกิดคุณภาพ
- จัดบริการคัดกรองโรคหายาก เครื่องข่ายส่งต่อ

ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล

โครงสร้างบุคลากร, NICU, WCC

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT, งบประมาณ ยา ครุภัณฑ์

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$$= [A/B] \times 1,000$$

A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน
B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

- [1] สํารวจสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของการรก และมีการวางแผน ป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุ การเสียชีวิตของการรกตามบริบทในเขตสุขภาพ
- [2] จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) ทุนกุมารแพทยทารกแรกเกิด
- [3] สํารวจร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breast feeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| - | < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต | < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต | < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต |

ส่งเสริมการมีบุตร

ส่งเสริมการให้คุณค่ากับการมีบุตร เพิ่มจำนวนการเกิดที่มีคุณภาพ

| | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| ตชว. | ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร | อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน < 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน | อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ |
| | | | ตรวจคัดกรองกลุ่มโรคหายาก (IEM 40 โรค) ในทารกแรกเกิด มากกว่า ร้อยละ 65 (รอบ 6 เดือน) |
| มาตรการ สำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> - จัดบริการ ดูแล รักษาภาวะมีบุตรยาก ตามศักยภาพ - รพช. : ให้คำปรึกษาเบื้องต้น, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเพิ่มโอกาสมีบุตร, ระบบส่งต่อ รพ.ที่มีผู้เชี่ยวชาญ - รพศ./รพท. : ค้นหาสาเหตุภาวะมีบุตรยาก, ดูแล สุขภาพคู่สมรส, กระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่, IUI, IVF | <ul style="list-style-type: none"> - ANC คุณภาพ - ค้นหา คัดกรอง จัดการความเสี่ยง ANC - ห้องคลอดคุณภาพ - CPG ดูแลโรคสำคัญ อาทิ Eclampsia, PPH ฯลฯ - ระบบ consult, ส่งต่อคุณภาพ เชื่อมโยงแม่ข่าย - ระบบทบทวนสาเหตุการเสียชีวิต, Risk Mx | <ul style="list-style-type: none"> - สำรองสาเหตุเสียชีวิต 5 อันดับแรก Newborn และวางแผนป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุ - ระบบส่งต่อคุณภาพ (Intrauterine transfer, STABLE program) - ระบบการคัดกรองเด็กแรกเกิดคุณภาพ - จัดบริการคัดกรองโรคหายาก เครือข่ายส่งต่อ |
| | Service plan สาขาแม่และเด็ก | ระบบปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ | ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล |
| | โครงสร้างบุคลากร, โครงสร้างสถานที่ | One Province One LR | โครงสร้างบุคลากร, NICU, WCC |
| | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร | ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร |
| Data & IT, งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ | Data & IT งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ | Data & IT, งบประมาณ ยา, ครุภัณฑ์ | |

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : กรมอนามัย, กรมการแพทย์, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

■ ดำเนินการได้ดี / ผ่านเกณฑ์
 ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ■ ควรเร่งดำเนินการ



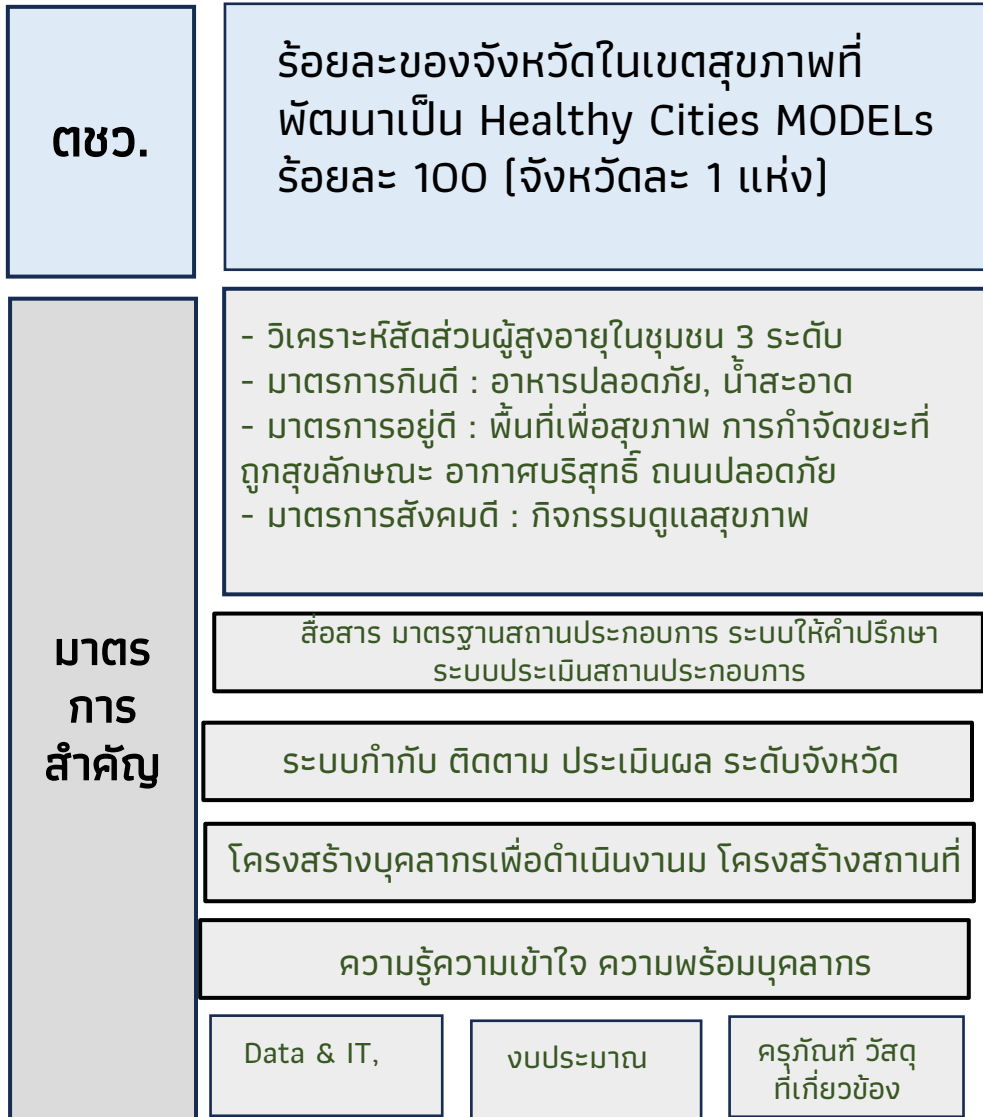
เศรษฐกิจสุขภาพ

4 ตัวชี้วัด

- 1) ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่พัฒนาเป็น Healthy Cities MODELS ร้อยละ 100 **[จังหวัดละ 1 แห่ง]**
- 2) Wellness Nuad Thai [Nuad Thai Premium] / Wellness Spa [Thai World Class Spa] / Wellness Hotel [GREEN Health Hotel] / Wellness Restaurant [San Plus Restaurant] ได้รับการรับรองทั้งประเทศ **[มากกว่า 500 แห่ง]**
- 3) Wellness Center / แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม [ตามเกณฑ์ของกรมแพทย์แผนไทย] ทั้งประเทศ **[มากกว่า 700 แห่ง]**
- 4) ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต **[มากกว่าร้อยละ 60]**

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : **กรม สบส.**, กรมการแพทย์แผนไทยฯ, อย.

จังหวัดในเขตสุขภาพที่พัฒนาเป็น Healthy Cities MODELS



มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

รอบที่ 1

1. คัดเลือกชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เป็น Healthy City MODELS จังหวัดละ 1 แห่ง
2. จัดทำฐานข้อมูลชุมชน
3. ส่งเสริมชุมชนนําร่อง และรับรองการจัดตั้ง Healthy City MODELS ต้นแบบ เขตสุขภาพละ 1 แห่ง
4. ส่งเสริมชุมชนในพื้นที่แต่ละจังหวัด เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ Healthy City MODELS

รอบที่ 2

1. ส่งเสริมชุมชนในพื้นที่แต่ละจังหวัด เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ Healthy City MODELS
2. รับรองการจัดตั้ง Healthy City MODELS โดยมีเป้าหมายจังหวัดละ 1 แห่ง โดยให้ชุมชนคัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินชุมชน องค์กรประกอบละอย่างน้อย 1 ตัวชี้วัด และต้องผ่านเกณฑ์ครบทั้ง 7 องค์ประกอบ

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|--|--|---|--------------------------------------|
| 1. มีแนวทางในการดำเนินงาน Healthy City MODELS 2. Healthy City MODELS เขตสุขภาพละ 1 แห่ง | ชุมชนได้รับการส่งเสริมให้เป็น Healthy City MODELS ร้อยละ 50 ของจำนวนจังหวัดทั้งหมด | ชุมชนได้รับการส่งเสริมให้เป็น Healthy City MODELS ร้อยละ 100 ของจำนวนจังหวัดทั้งหมด | Healthy City MODELS จังหวัดละ 1 แห่ง |

อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด **[ร้อยละ 20]**

ตชว. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด [ร้อยละ 20]

มาตรการสำคัญ

- วิเคราะห์สัดส่วนผู้สูงอายุในชุมชน 3 ระดับ
- มาตรการกินดี : อาหารปลอดภัย, น้ำสะอาด
- มาตรการอยู่ดี : พื้นที่เพื่อสุขภาพ การกำจัดขยะที่ถูกต้อง ลักษณะ อากาศบริสุทธิ์ ถนนปลอดภัย
- มาตรการสังคมดี : กิจกรรมดูแลสุขภาพ

สื่อสาร มาตรฐานสถานประกอบการ ระบบให้คำปรึกษา ระบบประเมินสถานประกอบการ

ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล ระดับจังหวัด

โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน โครงสร้างสถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT, งบประมาณ ครุภัณฑ์ วัสดุที่เกี่ยวข้อง

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$$\frac{[A - B]}{B} \times 100$$

A = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ปี 2567
 B = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ปี 2566

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

สื่อสาร มาตรฐานสถานประกอบการ ระบบให้คำปรึกษา ระบบประเมินสถานประกอบการ

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|--|--|---|---|
| 1. จัดทำฐานข้อมูลสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 2. กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมพัฒนาให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนด 3. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ 5 | 1. ส่งเสริมพัฒนาสถานประกอบการให้ได้รับการรับรองตามมาตรฐานที่กำหนด 2. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ 10 | 1. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ 15 | 1. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ 20 |

Wellness Center/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง **[700 แห่ง]**

ตชว. Wellness Center/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง [700 แห่ง]

มาตรการสำคัญ

- เชิญชวนเข้ารับการประเมินระดับ
- ถ่ายทอดความรู้สำหรับผู้ประกอบการ
- ประเมิน Wellness Center/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล

โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT, งบประมาณ, ครุภัณฑ์ วัสดุ ที่เกี่ยวข้อง

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

สถานประกอบการ และแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรในแต่ละจังหวัด ผ่านการตรวจประเมินและรับรอง นับสะสมในภาพรวมประเทศ

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

มาตรการที่ดำเนินการในพื้นที่ รอบที่ 1

1. จังหวัด/เขตสุขภาพเข้าร่วมรับฟังการชี้แจงแนวทางการใช้ระบบในการตรวจประเมิน และรับรองศูนย์ เวลเนส และการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร
2. จังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการทำงาน ในการตรวจประเมินสถานประกอบการ 5 ประเภท
3. จังหวัด/เขตสุขภาพ ส่งผลการประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ มาที่กรมการแพทย์แผนไทยฯ

มาตรการที่ดำเนินการในพื้นที่ รอบที่ 2

1. คณะกรรมการตรวจประเมินระดับจังหวัด แบบบูรณาการ ส่งเสริม สนับสนุนให้ ผู้ประกอบการสถานประกอบการรับการ ตรวจประเมินรับรองสถานประกอบการ 5 ประเภท
2. จังหวัด/เขตสุขภาพ ส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ประกอบการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อ ยกกระดับศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|---------|---------|---------|----------|
| - | 600 | 650 | 700 |

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต (ร้อยละ 90)

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$$\text{ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต} = 100 \times \frac{\text{จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต}}{\text{จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริม}}$$

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

รอบที่ 1

มีการจัดทำแผนการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้รับการอนุญาต ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รอบที่ 2

ติดตามประเมินผลการยื่นคำขออนุญาตของผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริม

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|--|--|---|---|
| ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต Quick Win 100 วัน 100 รายการ/ทั้งประเทศ | ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต ร้อยละ 30/เขตสุขภาพ | ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาตร้อยละ 45/เขตสุขภาพ | ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาตร้อยละ 60/เขตสุขภาพ |

ตชว. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต (ร้อยละ 90)

- มาตรการสำคัญ**
- จัดทำแผนผลิตภัณฑ์เป้าหมายเพื่อส่งเสริมอนุญาต
 - ส่งเสริมให้ความรู้ผู้ประกอบการ/ระบบให้คำปรึกษา
 - ศูนย์ One Stop Service อนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - ระบบอนุญาตและเชื่อมโยงฐานข้อมูลเดียวกันกับ อย.

ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล

โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

ครุภัณฑ์ วัสดุที่เกี่ยวข้อง

เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมูลค่าสูง 77 เส้นทาง

| | | | |
|---------------------|---|---|---|
| <p>ตชว.</p> | <p>Healthy City Model จังหวัดละ 1 แห่ง</p> | <p>- Wellness Nuad Thai (Nuad Thai Premium) / Wellness Spa (Thai World Class Spa) / Wellness Hotel (GREEN Health Hotel) / Wellness Restaurant (San Plus Restaurant) ได้รับการรับรองทั้งประเทศ มากกว่า 500 แห่ง</p> <p>- Wellness Center / แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม (ตามเกณฑ์ของกรมแพทย์แผนไทย) ทั้งประเทศมากกว่า 700 แห่ง</p> | <p>ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ที่ได้รับการส่งเสริม และได้รับอนุญาต มากกว่าร้อยละ 60</p> |
| <p>มาตรการสำคัญ</p> | <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์สัดส่วนผู้สูงอายุในชุมชน 3 ระดับ - มาตรการกินดี : อาหารปลอดภัย, น้ำสะอาด - มาตรการอยู่ดี : พื้นที่เพื่อสุขภาพ การกำจัดขยะที่ถูกต้อง ลักษณะ อากาศบริสุทธิ์ ถนนปลอดภัย - มาตรการสังคมดี : กิจกรรมดูแลสุขภาพ <p>- สื่อสาร มาตรฐานสถานประกอบการ ระบบให้คำปรึกษา</p> <p>- ระบบประเมินสถานประกอบการ</p> <p>ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล ระดับจังหวัด</p> <p>โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน โครงสร้างสถานที่</p> <p>ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร</p> <p>Data & IT, งบประมาณ ครุภัณฑ์, วัสดุที่เกี่ยวข้อง</p> | <ul style="list-style-type: none"> - เชิญชวนเข้ารับบริการประเมินระดับ - ถ่ายทอดความรู้สำหรับผู้ประกอบการ - ประเมิน Wellness Center/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ <p>ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล</p> <p>โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่</p> <p>ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร</p> <p>Data & IT งบประมาณ ครุภัณฑ์, วัสดุที่เกี่ยวข้อง</p> | <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนผลิตภัณฑ์เป้าหมายเพื่อส่งเสริมอนุญาต - ส่งเสริมให้ความรู้ผู้ประกอบการ/ระบบให้คำปรึกษา - ศูนย์ One Stop Service อนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ - ระบบอนุญาตและเชื่อมโยงฐานข้อมูลเดียวกันกับ อย. <p>ระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล</p> <p>โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่</p> <p>ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร</p> <p>Data & IT, งบประมาณ ครุภัณฑ์, วัสดุที่เกี่ยวข้อง</p> |

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : กรมการแพทย์แผนไทยฯ, กรมอนามัย, กรม สบส., อย.

■ ดำเนินการได้ดี / ผ่านเกณฑ์
 ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ■ ควรเร่งดำเนินการ



Area Based (National Level) : การตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ - พัสตุ)
ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1 ตัวชี้วัด

- หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน **ร้อยละ 80** ของการตรวจสอบรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ - พัสตุ)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : **กลุ่มตรวจสอบภายใน สป.**, กองบริหารการคลัง, กองเศรษฐกิจสุขภาพฯ

การตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ - พัสตุ) ของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่

ตชว.

หน่วยงานในสังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์
การประเมิน ร้อยละ 80 ของการตรวจสอบ
รายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ - พัสตุ)

รอบที่ 1

1. ตรวจสอบความถูกต้อง การบันทึกรายการบัญชี (หมวดสินทรัพย์ - พัสตุ)
2. ตรวจสอบการนำข้อมูล เข้าระบบ GFMS ด้วย บช. ๐๑/บช.๑๑ และสินทรัพย์ถาวร ในระบบ AFS มีเอกสารหลักฐานประกอบการบันทึกในระบบ
3. ตรวจสอบความมืออยู่จริงกับยอดคงเหลือในงบทดลองจากระบบ GFMS (หมวดสินทรัพย์ - พัสตุ)

รอบที่ 2

กำกับ ติดตามการดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะจากผลการตรวจสอบรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ - พัสตุ)

มาตร
การ
สำคัญ

- ผลการตรวจสอบรายงานทางการเงินของ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
1.หมวดสินทรัพย์ ด้านพัสตุ 3. หมวดหนี้สิน ทุน
2. หมวดสินทรัพย์ ด้านเงินสด เงินฝากธนาคาร
เงินฝากคลัง ลูกหนี้

ระบบการกำกับ ติดตาม การจัดทำรายงานทางการเงิน

โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่

ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร

Data & IT,

งบประมาณ

รายงานทาง
การเงิน

Small Success

| 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|--|--|---|---|
| <p>1. ร่วมประชุมหารือระหว่าง กองบริหารการคลัง สป. สำนักตรวจ ราชการ และกองเศรษฐกิจสุขภาพฯ เพื่อจัดทำแนวทางการประเมิน รายงานการเงิน</p> <p>2. แจ้งเวียนแนวทางการประเมิน รายงานการเงินให้หน่วยงานในสังกัด สป.</p> <p>3. สร้างความเข้าใจให้กับผู้ทำหน้าที่ ตรวจราชการและนิเทศงาน</p> | <p>1. หน่วยงานในสังกัด สป. ได้รับ การตรวจสอบรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ - พัสตุ) ตาม แบบประเมิน (ไม่คำนวณคะแนน)</p> <p>2. หน่วยงานตามกลุ่มเป้าหมาย ได้รับข้อเสนอแนะจากการ ตรวจสอบและประเมินรายงาน การเงิน</p> | <p>1. หน่วยงานใน สป. ดำเนินการแก้ไขตามข้อ บกพร่องและข้อเสนอแนะ ร้อยละ 100</p> | <p>1. หน่วยงานตาม กลุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์ การประเมินที่กำหนด</p> <p>2. หน่วยงานดำเนินการ แก้ไขข้อบกพร่องและ ข้อเสนอแนะครบถ้วน ทุกแห่ง</p> <p>3. วิเคราะห์ ปัญหาที่ ส่งผลกระทบต่อรายงาน ทางการเงินเมื่อวางระบบ</p> <p>4. รายงานผลการ วิเคราะห์เสนอคณะตรวจ ราชการเพื่อจัดทำเชิง นโยบายภาพรวม</p> |

การตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

งบท่างการเงิน

Inspective House Model

รายงานทางการเงิน
ของหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|-----------------|-------------------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------------|
| <p>ตชว.</p> | <p>รายงานทางการเงินของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความถูกต้อง</p> | <p>รายงานทางการเงินของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ได้รับการตรวจสอบ</p> | <p>ร้อยละของรายงานทางการเงินของหน่วยงานใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ผ่านเกณฑ์การ ประเมินของการตรวจสอบรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ - พัสดุ) ร้อยละ 80</p> | | | | | |
| <p>มาตร การ สำคัญ</p> | <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาคุณภาพรายงานทางการเงิน - ประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน - ตรวจสอบความถูกต้อง การบันทึกรายการบัญชี (หมวดสินทรัพย์ - พัสดุ) | <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบรายงานทางการเงินเดือนละ 1 ครั้ง - จัดทำผังบัญชีภาครัฐกับผังบัญชีของ สป.เป็นแนวทางเดียวกัน - การนำข้อมูล เข้าระบบ GFMS และสินทรัพย์ถาวร ในระบบ AFS มีเอกสารหลักฐานประกอบการบันทึกในระบบ | <ul style="list-style-type: none"> - ผลการตรวจสอบรายงานทางการเงินของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1.หมวดสินทรัพย์ ด้านพัสดุ 2.หมวดสินทรัพย์ ด้านเงินสด เงินฝากธนาคาร เงินฝากคลัง ลูกหนี้ 3.หมวดหนี้สิน ทุน | | | | | |
| <p>-กระบวนการบันทึกบัญชีในระบบ GFMS -ระบบกำกับ ติดตาม กระบวนการทำรายงานทางการเงิน</p> | <p>เชื่อมโยงผังบัญชีระหว่างกองบริหารการคลังกับกองเศรษฐกิจ สป.</p> | <p>ระบบการกำกับ ติดตาม กระบวนการจัดทำรายงานทางการเงิน</p> | | | | | | |
| <p>โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงานม โครงสร้างสถานที่</p> | <p>โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่</p> | <p>โครงสร้างบุคลากรเพื่อดำเนินงาน, สถานที่</p> | | | | | | |
| <p>ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร</p> | <p>ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร</p> | <p>ความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมบุคลากร</p> | | | | | | |
| <p>Data & IT,</p> | <p>งบประมาณ</p> | <p>ครุภัณฑ์, วัสดุที่เกี่ยวข้อง</p> | <p>Data & IT</p> | <p>งบประมาณ</p> | <p>ครุภัณฑ์, วัสดุที่เกี่ยวข้อง</p> | <p>Data & IT,</p> | <p>งบประมาณ</p> | <p>ครุภัณฑ์, วัสดุที่เกี่ยวข้อง</p> |

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : กรมการแพทย์แผนไทยฯ, กรมอนามัย, กรม สบส., อย. ■ ดำเนินการได้ดี / ผ่านเกณฑ์ ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ ■ ควรเร่งดำเนินการ



ขอบคุณครับ

กองตรวจราชการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข