

ประเด็นที่ ๕

ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นตรวจราชการ Functional based	หัวข้อ/ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ลดป่วย ลดตาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ 2. ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง 3. ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ 4. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง <ol style="list-style-type: none"> 1. มะเร็งปากมดลูก 2. มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 3. มะเร็งช่องปาก 	กรมการแพทย์ - สถาบันโรคทรวงอก - สถาบันประสาทวิทยา - สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมควบคุมโรค - กองโรคไม่ติดต่อ กรมอนามัย - สำนักทันตสาธารณสุข
ความมั่นคงทางสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 5. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607 (เอา 607 ไม่เอา 608) <ul style="list-style-type: none"> - ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี) 6. มีระบบ Situation Awareness ที่มีประสิทธิภาพ <ul style="list-style-type: none"> - มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ - มีการจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ 7. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 8. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม 9. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย และ resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ 10. มี operational plans สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย 11. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan 	กรมควบคุมโรค - กองโรคติดต่อทั่วไป (วัคซีน) - กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (PHEM&ICS&EOC) - กองระบาดวิทยา (CDCU) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - กองสาธารณสุขฉุกเฉิน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(Inspection Guideline)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นลดป่วย ลดตาย การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ
สาขาโรคหัวใจ (STEMI)

โดย แพทย์หญิงอรพรรณ อนุไพวรรณ
สถาบันโรคทรวงอก
วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565



ตัวชี้วัดสาขาโรคหัวใจ (STEMI) ปีงบประมาณพ.ศ. 2566

ตัวชี้วัด

1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 9)

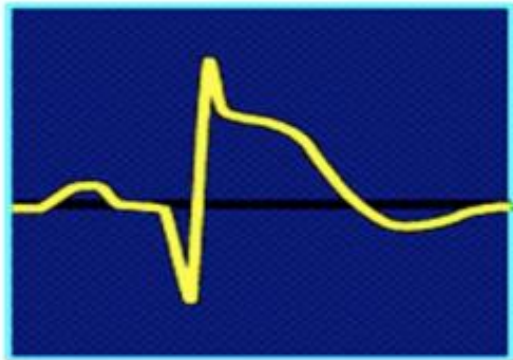
2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)

2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)

2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)



STEMI Fast Track : Work Flow



**Onset
of
STEMI**



Time from ECG Diagnosis to fibrinolysis ≤ 30 minutes ($\geq 60\%$)

Time from ECG Diagnosis to PPCI ≤ 120 minutes ($\geq 60\%$)





ศูนย์หัวใจ: Cath Lab (ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

เชียงใหม่ ลำปาง นครพินด์ น่าน

พิษณุโลก อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์

สวรรคร์ประชารักษ์

สระบุรี พระนังเกล้า
สถาบันโรคทรวงอก

นครปฐม หัวหิน สมุทรสาคร
เจ้าพระยายมราช ราชบุรี

มหาษนครศรีธรรมราช
วชิระภูเก็ท สุราษฎร์ธานี

อุดรธานี สกลนคร
(เลย หนองคาย)

ขอนแก่น ร้อยเอ็ด

สรรพสิทธิประสงค์ ศรีสะเกษ

สุรินทร์ บุรีรัมย์
มหาษนครราชสีมา ชัยภูมิ

ชลบุรี พระปกเกล้าจันทบุรี ระยอง บางพลี
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร สมุทรปราการ

ตรัง หาดใหญ่ ยะลา พัทลุง

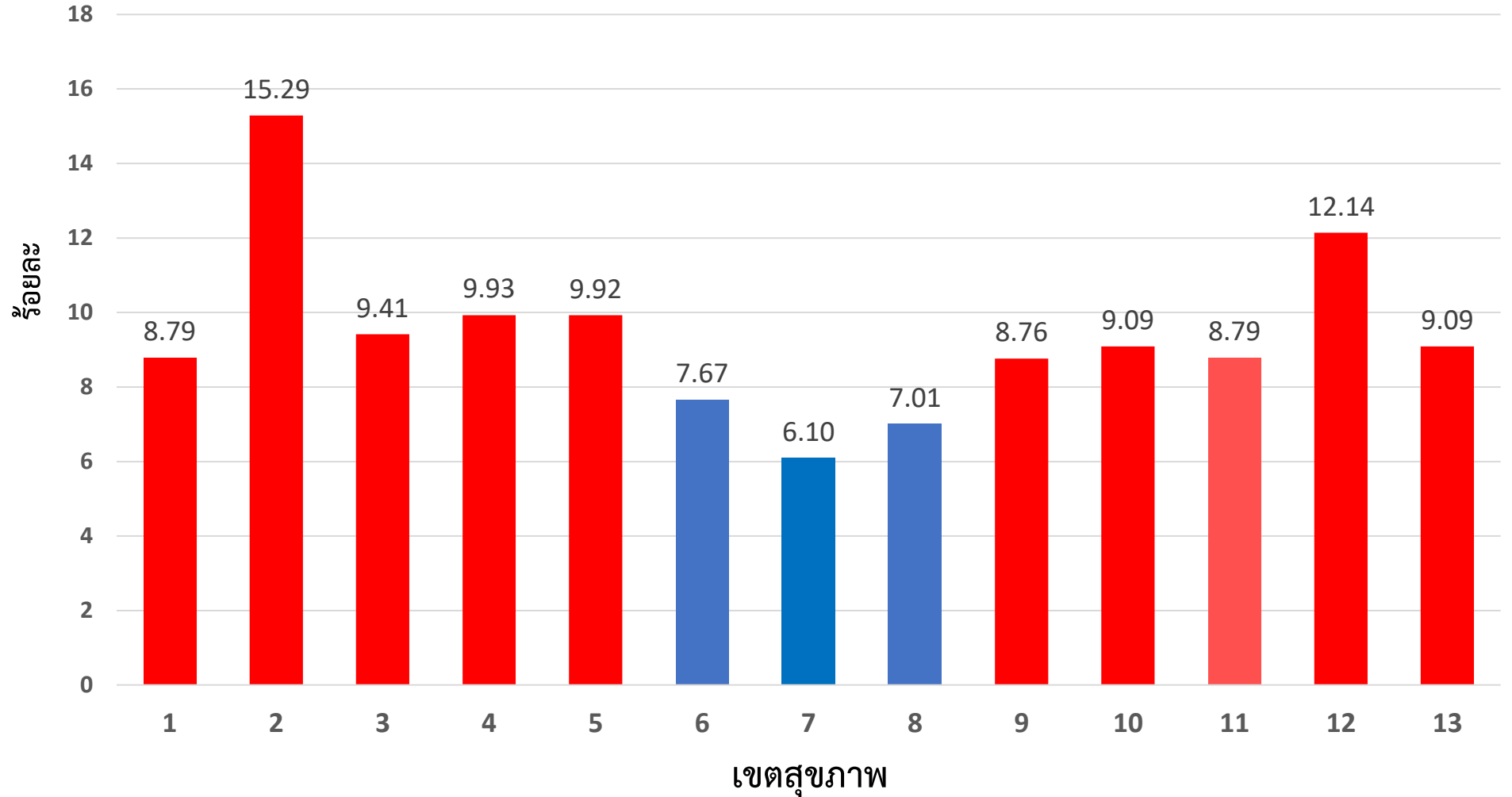


ราชวิถี เลิดสิน
นพรัตน์ราชธานี
สถาบันสุขภาพเด็กฯ

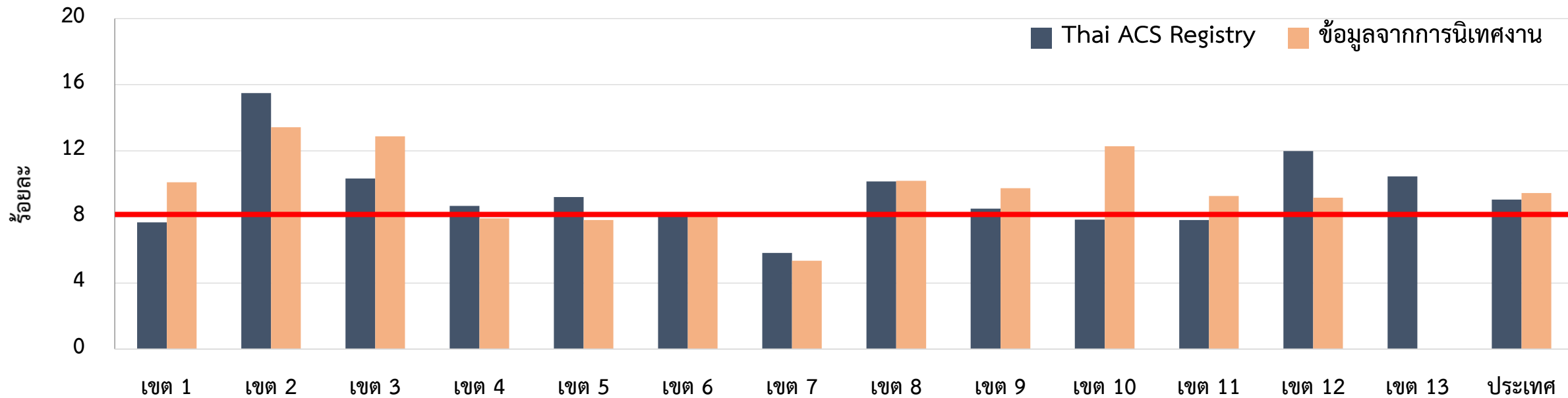


อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ปีงบประมาณพ.ศ.2565

ร้อยละของผู้ป่วย
STEMI ที่เสียชีวิต
ในรพ. 9.05



ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565



แหล่งข้อมูล	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ
Thai ACS Registry	7.67	15.49	10.33	8.66	9.20	8.06	5.81	10.15	8.50	7.84	7.81	11.99	10.45	9.05
ข้อมูลจากการนิเทศงาน	10.09	13.42	12.87	7.91	7.81	8.19	5.35	10.19	9.74	12.28	9.26	9.16	-	9.44

หมายเหตุ ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน

เขต 12: ข้อมูล 5 จังหวัด (สงขลา พัทลุง ตรัง สตูล นราธิวาส)

ที่มา: Thai ACS Registry ณ วันที่ 15 ส.ค. 65 และการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

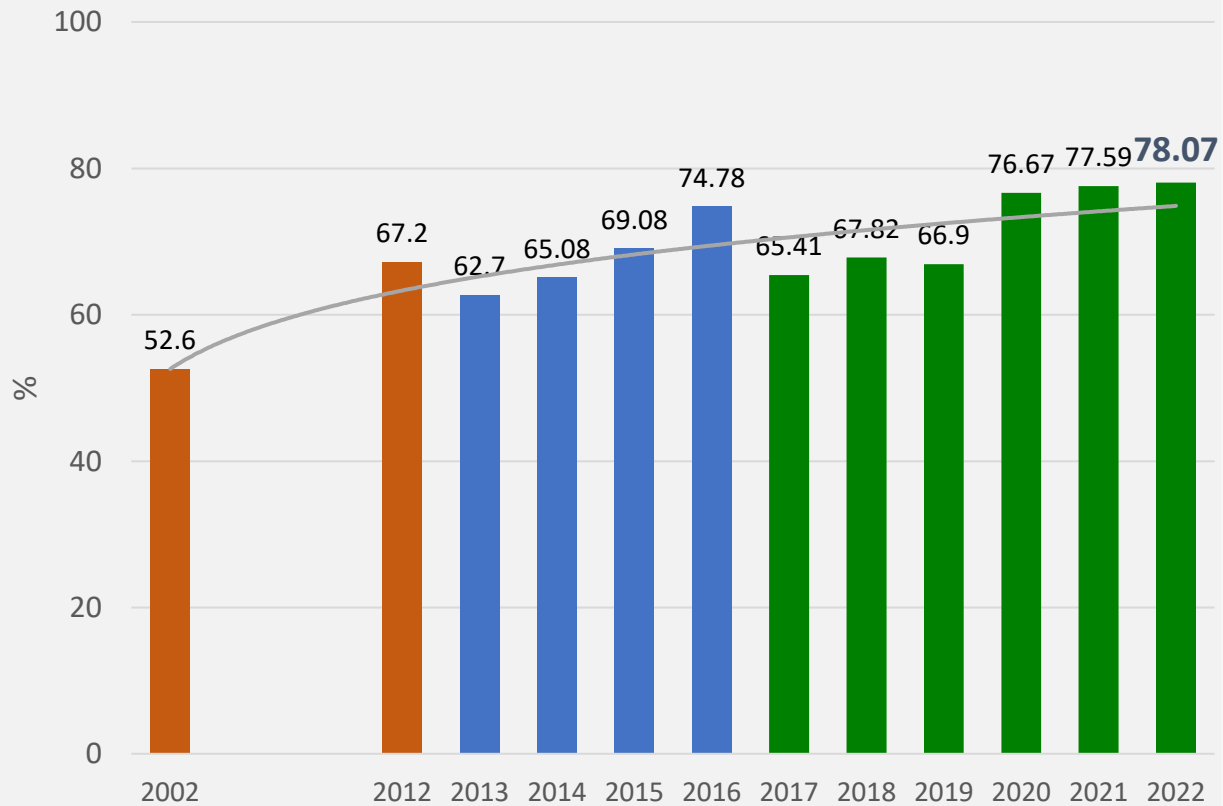
Thailand STEMI Registries

TRACS

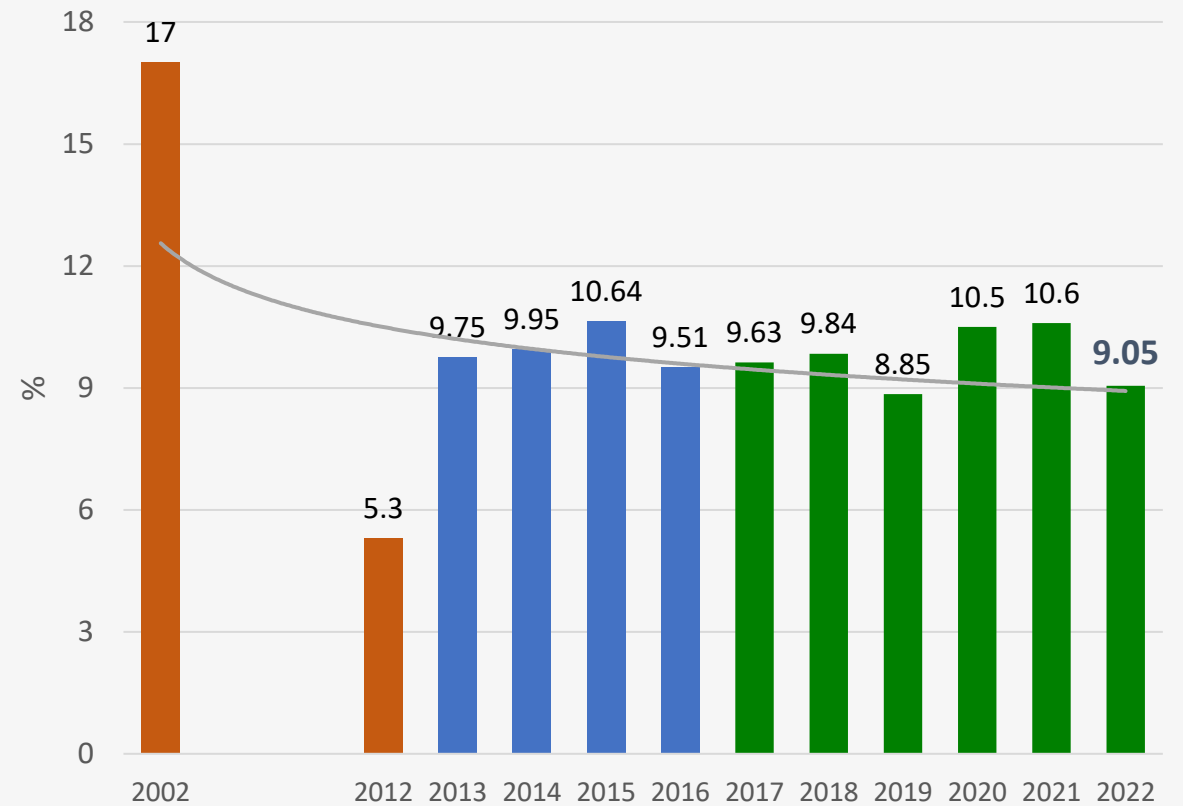
UCHA

Thai ACS Registry

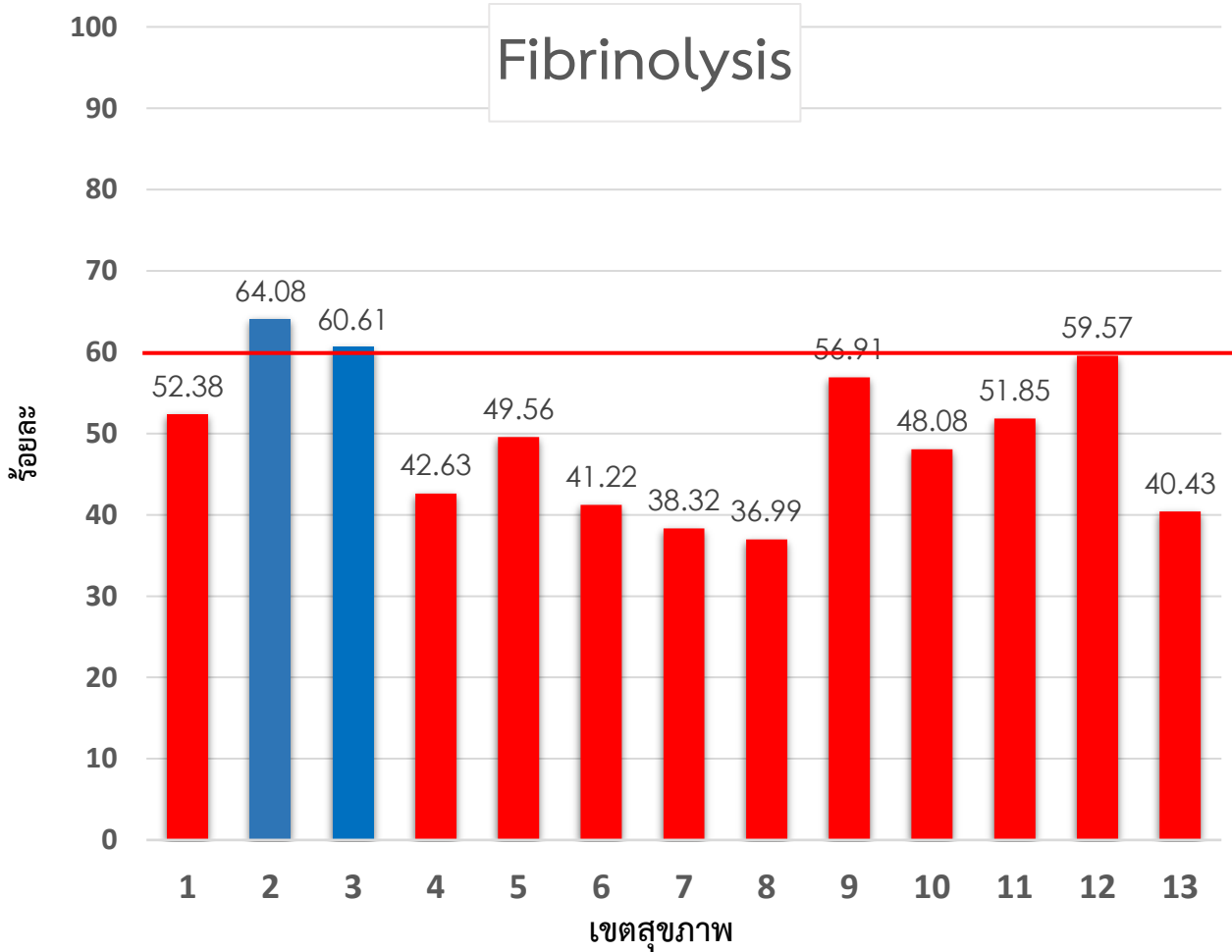
Reperfusion rate



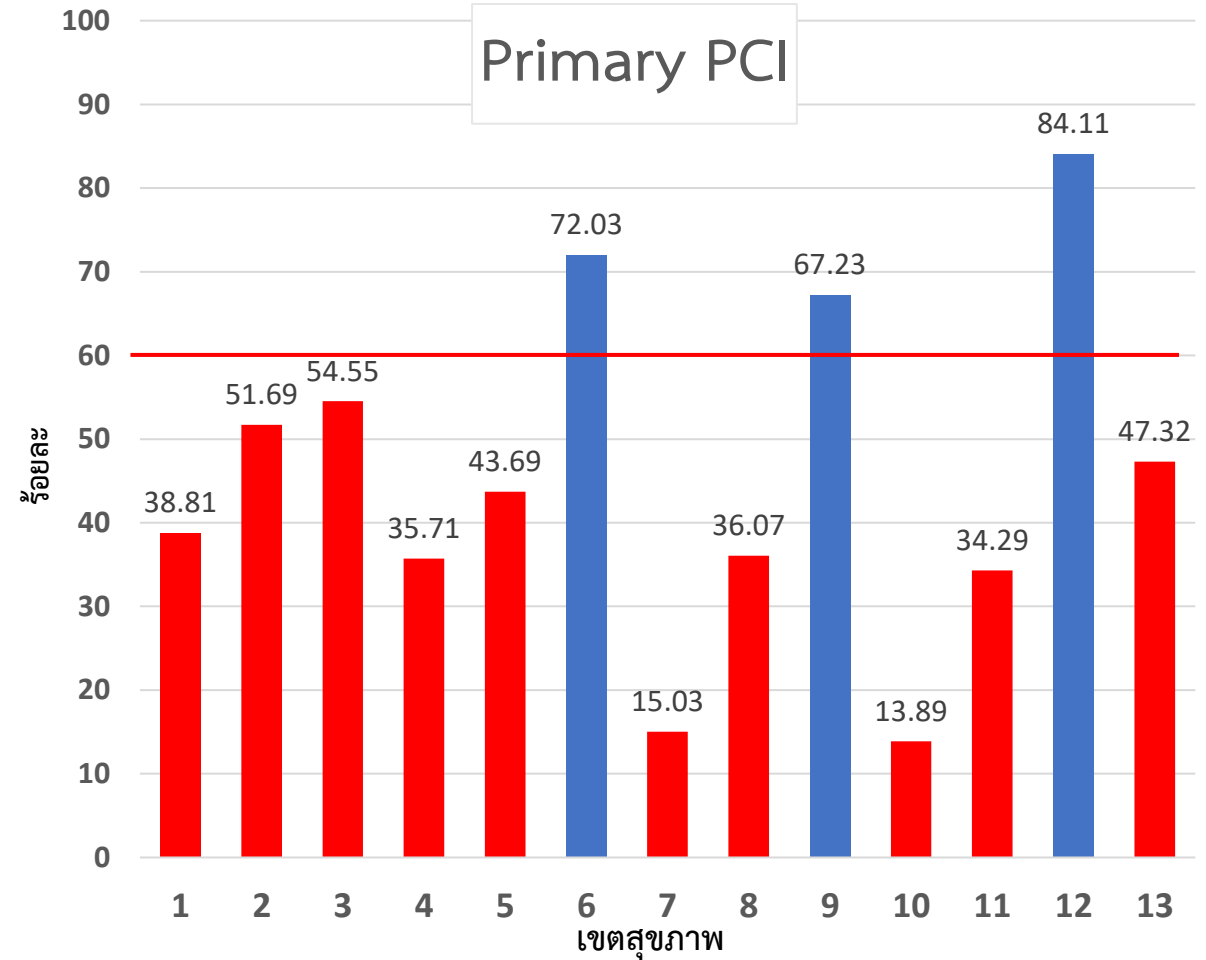
In-hospital mortality rate



ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาภายในเวลาที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565



ผู้ป่วยรับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาที่กำหนดร้อยละ **50.34**

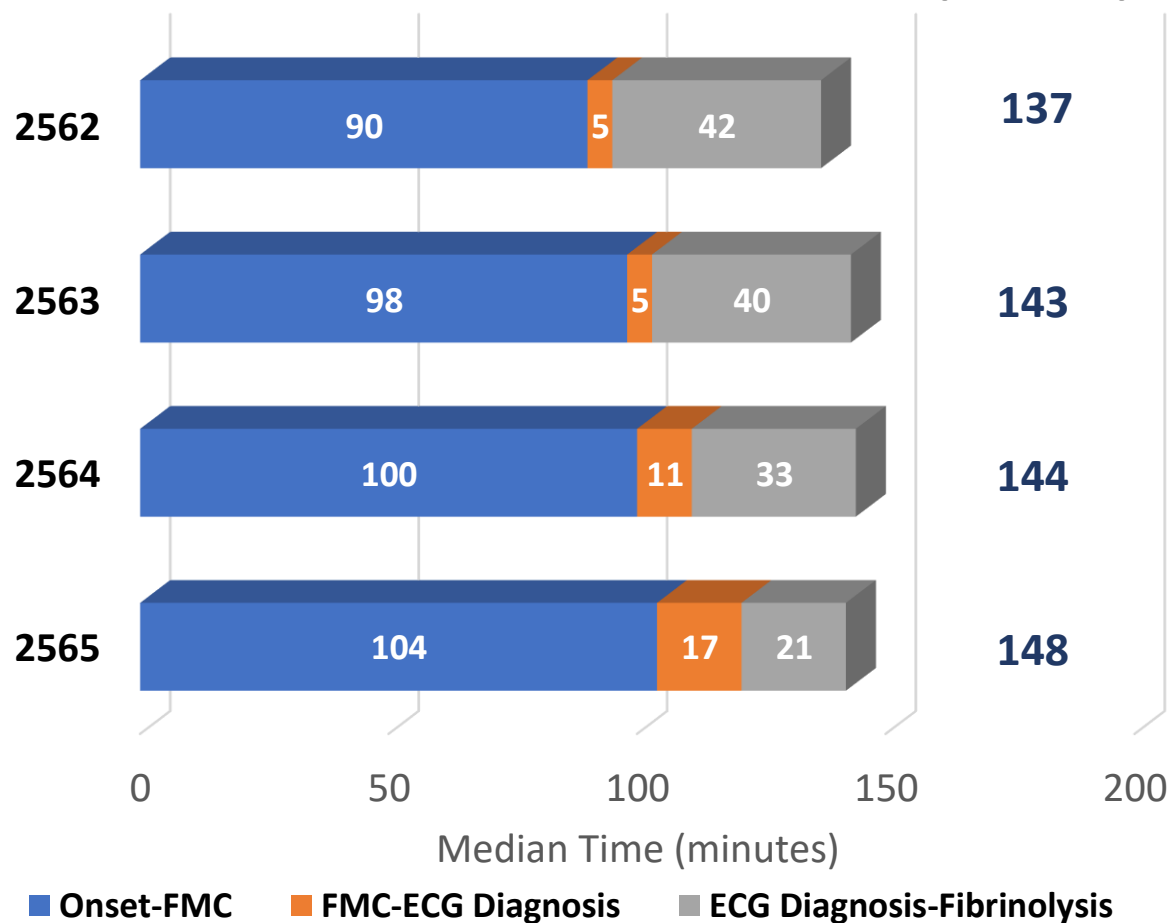


ผู้ป่วยได้รับการทำ PPCI ภายในเวลาที่กำหนดร้อยละ **49.12**

Total Ischemic Time

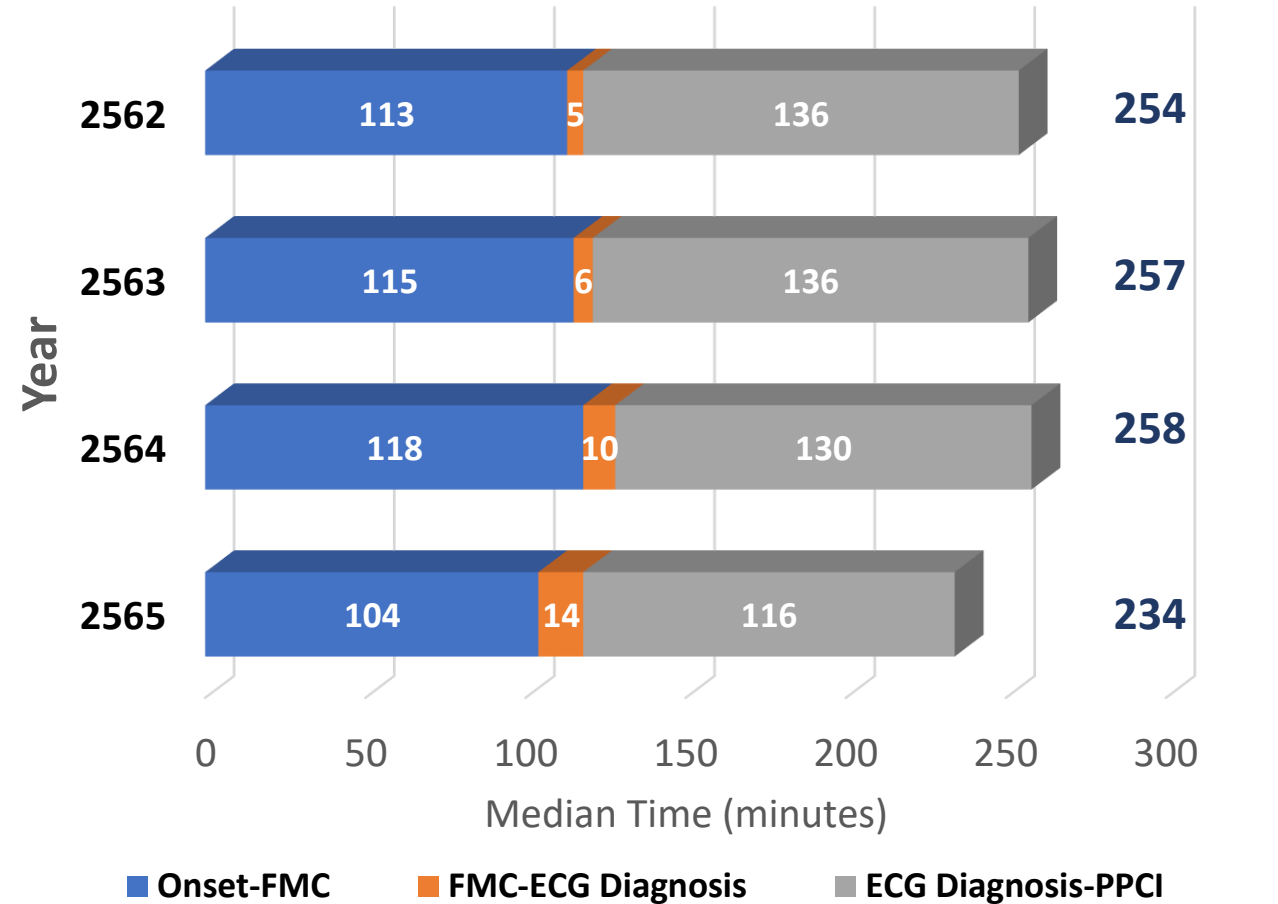
Fibrinolysis

Total Ischemic time (minutes)



Primary PCI

Total Ischemic time (minutes)



- อัตราตายของผู้ป่วย STEMI 9.05% จากข้อมูล Thai ACS registry และ 9.44% จากข้อมูล การตรวจราชการ มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณพ.ศ. 2564
- ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
 - มีอัตราการได้รับการเปิดหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (Reperfusion Rate)
 - ผู้ป่วยยังไม่ทราบถึงอาการโรคกลุ่ม ACS และเข้าถึงระบบบริการล่าช้า (patient delay)
 - มีความล่าช้าในระบบการให้บริการ (system delay)
- ผู้ป่วยที่อาการรุนแรง (Killip class 3-4) มีอัตราตายสูง
- มีการปรับการให้บริการในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ได้แก่ระบบ STEMI fast tract, CPG, และการให้การรักษา
- อัตรากำลังของบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ



กรอบแนวทางการตรวจราชการ สาขาโรคหัวใจ (STEMI)

1 ลด Patient delay



- Health literacy: self awareness, early warning sign
- เพิ่มการเข้าถึงบริการ EMS/1669

2 ลด System delay



- มีการ Zoning และ Mapping ระบบการส่งต่อในเขตสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- มีระบบ STEMI fast tract ที่มีประสิทธิภาพแบบไร้รอยต่อ
- มี CPG และระบบการให้คำปรึกษา
- พัฒนาระบบ Telemedicine

3 มาตรฐานการรักษา



- มีศูนย์หัวใจอย่างน้อย 1 แห่งในแต่ละเขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7
- เพิ่มรพ.ที่ความพร้อมในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
- การบริหารจัดการยา Fibrinolysis (TNK/SK)
- จัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานและส่งบุคลากรเพื่ออบรมเฉพาะทาง

ผู้ป่วยได้รับการรักษาในเวลาที่กำหนด (PPCI in 120 min, Fibrinolysis in 30 min)

“ลด Total Ischemic Time”

เป้าหมาย

ลดอัตรา
ตายผู้ป่วย

STEMI <

ร้อยละ 9

(ร่าง) Value Chain Inspection : ลดป่วย ลดตาย (STEMI)

Value Chain	เพิ่มการเข้าถึงการบริการ		มาตรฐานการรักษา	ลดการเสียชีวิต
OKRs	การคัดกรอง CVD Risk ในกลุ่มเสี่ยง Health literacy		ผู้ป่วย STEMI ได้ Thrombolytic ในเวลาที่กำหนด ผู้ป่วย STEMI ได้ Primary PCI ในเวลาที่กำหนด	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรค STEMI
Service Delivery	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง <ul style="list-style-type: none"> ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึง Health Literacy: self awareness, early warning sign และการเข้าถึงบริการ EMS/ 1669 ส่งเสริมการคัดกรองและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคกลุ่ม NCD) 	ส่วนพื้นที่ <ul style="list-style-type: none"> NCD clinic คุณภาพ มีการคัดกรอง/การควบคุมปัจจัยเสี่ยง CAD 	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง <ul style="list-style-type: none"> มีการ Zoning และ Mapping ระบบการส่งต่อในเขตสุขภาพ สำรวจและจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีการสนับสนุนให้มีศูนย์หัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขต สามารถทำ PPCI ได้ 24/7 ผลักดันเชิงนโยบายสนับสนุนการใช้ TNK 	ส่วนพื้นที่ <ul style="list-style-type: none"> ระบบ STEMI Fast Track ที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ มี CPG และระบบ consult 24/7 ศูนย์หัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขต ทำ PPCI 24/7 เพิ่มรพ.ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด ลดระยะเวลาการรอคอย elective CAG, CABG
Workforce	<ul style="list-style-type: none"> อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการคัดกรองและควบคุมโรค NCD 	<ul style="list-style-type: none"> บูรณาการร่วมกับ NCD clinic เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระบบ 3 หมอ 	จัดสรรอัตรากำลังบุคลากรที่เพียงพอต่อภาระงาน, สนับสนุนความก้าวหน้าในวิชาชีพ, สนับสนุนการอบรมวิชาการ และหลักสูตรอบรมบุคลากรเฉพาะทาง	<ul style="list-style-type: none"> มีอัตรากำลังบุคลากรที่เพียงพอต่อภาระงาน มีการอบรมวิชาการและส่งบุคลากรอบรมเฉพาะด้าน
Data & IT	ข้อมูลการควบคุมโรค NCD จากกรมควบคุมโรค	มีการกำกับติดตามข้อมูลในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนการพัฒนา ระบบ Telemedicine สนับสนุนการลงข้อมูล Thai ACS Registry 	<ul style="list-style-type: none"> มีแผนการพัฒนา ระบบ Telemedicine มีการลงข้อมูล Thai ACS Registry
Supply	สนับสนุนการอบรมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร	ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมวิชาการ	<ul style="list-style-type: none"> มีการสนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพของบุคลากร สนับสนุนการดำเนินงานในเครือข่ายสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> บุคลากรมีความเชี่ยวชาญและให้การรักษาได้ตามมาตรฐาน มีการดำเนินงานในเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ
Finance	สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน	มีงบประมาณในการดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนงบประมาณการจัดสรรครุภัณฑ์ทางการแพทย์ สนับสนุนงบประมาณการอบรมบุคลากร กำหนดค่าตอบแทนบุคลากรในการปฏิบัติงานนอกเวลาที่เหมาะสม 	มีงบประมาณในการดำเนินงาน
Governance	สนับสนุนการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพระหว่างประชาชนและหน่วยบริการสุขภาพ	มีเครือข่ายด้านการบริการสุขภาพ	สนับสนุนการบูรณาการ การให้บริการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการในเขตสุขภาพ	มีเครือข่ายด้านการบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ
Participation	สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายสุขภาพ	ประชาชนมีส่วนร่วมในเครือข่ายสุขภาพ	มีการบูรณาการระหว่างรพ.ในสังกัดสป., รร.แพทย์, รพ.เอกชน และ รพ.ในสังกัดอื่นๆ ในการให้บริการในเขตสุขภาพ	มีการวิเคราะห์ข้อมูลในเขตสุขภาพในการพัฒนาการให้บริการ และมีการประชุมเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์

■ อยู่ระหว่างดำเนินการ

■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์

■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ



สาขาโรคหัวใจ (STEMI)

มาตรการ

1. มีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Track ที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ
2. สามารถทำ PPCI ได้ 24/7 อย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพ
3. เพิ่มรพ.ที่ความพร้อมในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
4. ลดเวลาระยะเวลารอคอย elective PCI/CABG
5. มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาตรฐาน
6. ให้การประชาสัมพันธ์กับผู้ป่วยเรื่อง self awareness และการเข้าถึงบริการ
7. มีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย STEMI

แนวทางการตรวจ

1. มีระบบการ STEMI Fast Track ทุกรพ. ในเขตสุขภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
2. มี CPG และระบบการให้คำปรึกษา
3. มีการพัฒนาระบบ Telemedicine
4. สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือทำ PPCI ได้ตามมาตรฐาน
5. มีระบบบริหารจัดการยาละลายลิ่มเลือด
6. มีบุคลากรเพียงพอต่อภาระงานหรือไม่
7. มีระบบการคัดกรองและแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยง NCD
8. มีสื่อหรือเอกสารการให้ความรู้กับประชาชน
9. มีการเก็บข้อมูลในระบบ Thai ACS Registry

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ
2. ลด Total ischemic time
3. ระยะเวลารอคอย elective PCI/CABG ไม่ควรเกิน 3 เดือน
4. มีบุคลากรเพียงพอต่อภาระงานและมีการส่งฝึกอบรม
5. มีการควบคุมโรคกลุ่ม NCD ได้ตามมาตรฐาน
6. ประชาชนมีความรู้เรื่องอาการโรค ACS และวิธีการเข้าถึงบริการฉุกเฉิน
7. มีข้อมูลผู้ป่วย STEMI ที่ครบถ้วนและถูกต้อง

เป้าหมาย

ลดอัตราการตายผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ 9

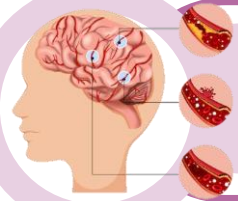
ผู้ป่วยได้รับการรักษา ในเวลาที่กำหนด \geq ร้อยละ 60

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guidelines)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นลดป่วย ลดตาย การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ
สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)





สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ตัวชี้วัด

1

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)
($<$ ร้อยละ 7)

2

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน
72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (\geq ร้อยละ 80)

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

- ตัวชี้วัด:**
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)
 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

เป้าหมาย

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) < ร้อยละ 7
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit \geq ร้อยละ 80

มาตรการ

1. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ
2. พัฒนาเครือข่ายในเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง
3. ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน
4. โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่ง ต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด
5. จัดให้มี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม
6. เพิ่มจำนวนเตียงใน Stroke Unit ให้เพียงพอ
7. เพิ่มการรักษา Ischemic Stroke และ Hemorrhagic Stroke ใน Stroke Unit/ ICU

แนวทางการตรวจ

6 เดือน
และ
12 เดือน

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) < ร้อยละ 7
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit \geq ร้อยละ 80

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

- ตัวชี้วัด: 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

เป้าหมาย

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) < ร้อยละ 7
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit \geq ร้อยละ 80

มาตรการ

8. พัฒนาระบบการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy ในโรงพยาบาล และเขตสุขภาพที่มีความพร้อม
9. พัฒนาเครือข่ายวิชาการและบริการทั้ง Acute และ Intermediate Care ในเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง
10. จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วย ทั้งภายในเขตสุขภาพ และนอกเขตบริการที่รับผิดชอบให้ชัดเจน
11. เพิ่ม Certified Stroke Unit/ Certified SSCC (Standard Stroke Center Certification)
12. สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากร
13. กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

แนวทางการตรวจ

6 เดือน
และ
12 เดือน

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) < ร้อยละ 7
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit \geq ร้อยละ 80

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ต่อ)

- ตัวชี้วัด: 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

Small Success

3

เดือน

1. สื่อสารนโยบายฯ
2. จัดทำแผนพัฒนาฯระดับเขตสุขภาพ
3. มีการนำ Care map for Hemorrhagic stroke มาใช้ใน Stroke unit
4. มีการสำรวจศักยภาพ & จัดทำแผนการเปิดบริการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy) ในระดับเขตสุขภาพ

Small Success

6

เดือน

1. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที $\geq 60\%$
2. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit $\geq 75\%$

Small Success

9

เดือน

1. จัดให้มี Stroke Unit และ Stroke Fast Track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม

Small Success

12

เดือน

1. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) $< 7\%$
2. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที $\geq 65\%$
3. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit $\geq 80\%$



สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด: 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)

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

A

= จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย

B

= จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I69)



สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด: 2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (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

(ร่าง) Value Chain Inspection : ลดป่วย ลดตาย (STROKE)

Value Chain	ลดความเสี่ยง/ ลดป่วย		คุณภาพบริการ		คุณภาพการดูแลรักษา ลดการเสียชีวิต	
OKRs	อัตราป่วยโรค STROKE รายใหม่ลดลง		STROKE ได้ Thrombolytic ในเวลาที่กำหนด		อัตราการตายของผู้ป่วยโรค STROKE	
			STROKE <72 hr. รักษาใน STROKE unit			
	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่
Service Delivery	<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์สถานการณ์ป่วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง วางแผน และดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคเกลือและโซเดียม การสูบบุหรี่ โรคอ้วน 		<ul style="list-style-type: none"> Stroke alert/ Stroke awareness Stroke fast track ระบบ Refer back Care map for Hemorrhagic stroke 		<ul style="list-style-type: none"> Thrombectomy ระดับเขตสุขภาพ การรักษา Hemorrhagic stroke 	
Workforce	<ul style="list-style-type: none"> NCD Board ระดับจังหวัด และอำเภอ System Management team 		<ul style="list-style-type: none"> อบรม Stroke 			
Data & IT	ข้อมูล Health data center กระทรวงสาธารณสุข		<ul style="list-style-type: none"> กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาล 			
Supply	<ul style="list-style-type: none"> Telemedicine ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดี ติดตามผู้ป่วย ขาดนัด และการส่งต่อผู้ป่วย พัฒนา Telemedicine ในการให้คำแนะนำ/การส่งต่อตรวจรักษาทางไกล/การส่งยาผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดี 		<ul style="list-style-type: none"> Stroke unit 		<ul style="list-style-type: none"> เครือข่าย Thrombectomy OR & ICU Neurosurgery network 	
Finance	<ul style="list-style-type: none"> งบประมาณของหน่วยงาน งบประมาณท้องถิ่น 					
Governance	<ul style="list-style-type: none"> คณะกรรมการ Service Plan สาขา DM HT การ MOU กับท้องถิ่น/เครือข่าย (ถ้ามี) พขอ. 		<ul style="list-style-type: none"> Certified Stroke Unit/ Certified SSCC 			
Participation	อปท., ภาคประชาสังคม, โรงเรียน/หอการค้า		<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาเครือข่ายในเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง 			

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์

■ อยู่ระหว่างดำเนินการ

■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์

■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

(ร่าง) Value Chain Inspection : ลดป่วย ลดตาย (STROKE)

Value Chain	ลดความเสี่ยง/ ลดป่วย		คุณภาพบริการ		คุณภาพการดูแลรักษา ลดการเสียชีวิต	
OKRs	ผู้ป่วย DM, HT คุมได้ตามเกณฑ์		STROKE ได้ Thrombolytic ในเวลาที่กำหนด		อัตราการตายของผู้ป่วยโรค STROKE	
			STROKE <72 hr. รักษาใน STROKE unit			
	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่
Service Delivery	<ol style="list-style-type: none"> ยกระดับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ให้ผ่านเกณฑ์ จัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM HT พัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วย DM HT (Best Practice) ผู้ป่วย DM HT ได้ขึ้นทะเบียน และได้รับการตรวจติดตามรักษา ผู้ป่วย DM HT ประเมิน CVD Risk assessment ทุกราย กรณีมีความเสี่ยง $\geq 20\%$ ต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น เร่งด่วน ผู้ป่วย DM HT ได้รับการให้ความรู้ มีทักษะจัดการตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจ HbA1C และคัดกรองภาวะแทรกซ้อน อย่างน้อยปีละครั้ง ผู้ป่วย HT ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ระบบติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่เข้าถึงการให้บริการ/ ขาดนัด ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีคุณภาพ 		<ul style="list-style-type: none"> Stroke alert/ Stroke awareness Stroke fast track ระบบ Refer back Care map for Hemorrhagic stroke 		<ul style="list-style-type: none"> Thrombectomy ระดับเขตสุขภาพ การรักษา Hemorrhagic stroke 	
Workforce	<ol style="list-style-type: none"> บุคลากรสาธารณสุขและเครือข่าย ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ เภสัช พยาบาล นักวิชาการสธ. นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย) Case Manager 		<ul style="list-style-type: none"> อบรม Stroke 			
Data & IT	ข้อมูล Health data center กระทรวงสาธารณสุข		<ul style="list-style-type: none"> กำกับรายงานตัวชีวิตมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาล 			
Supply	<ol style="list-style-type: none"> Telemedicine ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดีติดตามผู้ป่วยขาดนัด และการส่งต่อผู้ป่วย พัฒนา Telemedicine ในการให้คำแนะนำ/การส่งต่อตรวจรักษาทางไกล/การส่งยาผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดี พัฒนาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจ HbA1C (ถ้ามี หรือใช้ร่วมกันในเครือข่าย) การจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิต สำหรับ HBPM ให้เพียงพอ การใช้ Application Line ติดตามผู้ป่วย 		<ul style="list-style-type: none"> Stroke unit 		<ul style="list-style-type: none"> เครือข่าย Thrombectomy OR & ICU Neurosurgery network 	
Finance	<ol style="list-style-type: none"> งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณท้องถิ่น งบลงทุน (การจัดสรรเครื่องวัดความดันโลหิต) 					
Governance	<ol style="list-style-type: none"> คณะกรรมการโรงพยาบาล คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) 		<ul style="list-style-type: none"> Certified Stroke Unit/ Certified SSCC 			
Participation	อสม., เครือข่ายระบบบริการ เช่น ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้งภาคีเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข		<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาเครือข่ายในเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง 			

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์

■ อยู่ระหว่างดำเนินการ

■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์

■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

ประเด็นที่ 5

ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

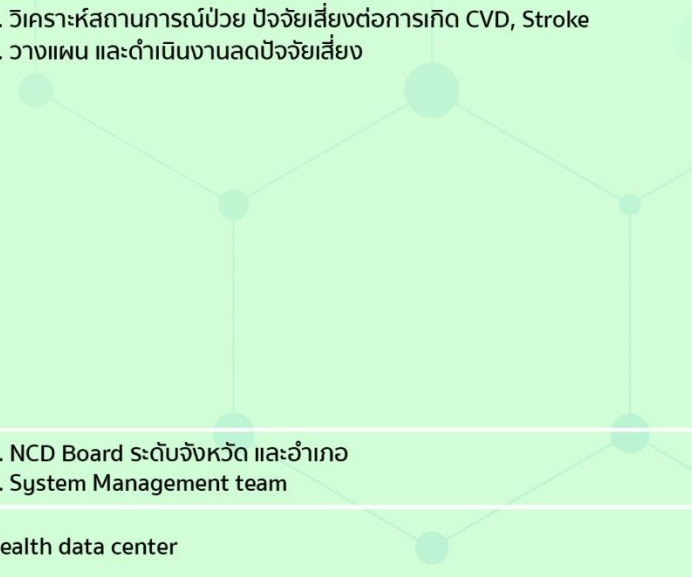
หัวข้อ : ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์

กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค

ตัวชี้วัดหลัก ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัดหลัก	DM	HT			
1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	เป้าหมาย				
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	DM	-	≥ 30%	≥ 50%	≥ 70%
HT	-	≥ 60%	≥ 80%	≥ 93%	
สูตรคำนวณ	$\frac{A}{B} \times 100$ <p>A = จำนวนปชก. สงสัยป่วย DM อายุ 35 ปี ขึ้นไป (ในเขตได้รับพิชชอบ(ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจ FPG ทางห้องปฏิบัติการ โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วย DM (ภายใน 1-180 วัน) B = จำนวนปชก.อายุ 35 ปี ขึ้นไป (ในเขตได้รับพิชชอบที่ได้รับการคัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วย DM</p>		$\frac{A}{B} \times 100$ <p>A = จำนวนปชก. กลุ่มสงสัยป่วย HT อายุ 35 ปี ขึ้นไป(ในการทำ HBPM อย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 90 วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน 90 วัน) B = จำนวนปชก. อายุ 35 ปี ขึ้นไป (ในเขตได้รับพิชชอบที่ได้รับการคัดกรองในเชิงปริมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วย HT</p>		
	เป้าหมาย: รอบ 12 เดือน ≥ ร้อยละ 40		เป้าหมาย: รอบ 12 เดือน ≥ ร้อยละ 60		
2. ร้อยละของผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตสูงได้ดี	สูตรคำนวณ $\frac{A}{B} \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วย DM (ในเขตได้รับพิชชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี B = จำนวนผู้ป่วย DM (ในเขตได้รับพิชชอบทั้งหมด</p>		สูตรคำนวณ $\frac{A}{B} \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วย HT (ในเขตได้รับพิชชอบที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในเชิงปริมาณควบคุมได้ดี B = จำนวนผู้ป่วย HT (ในเขตได้รับพิชชอบ</p>		
	เป้าหมาย: รอบ 12 เดือน ≥ ร้อยละ 40		เป้าหมาย: รอบ 12 เดือน ≥ ร้อยละ 60		

Value Chain ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่ จากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

Value Chain	คุณภาพการคัดกรอง	ผู้ป่วย DM HT มีผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี	อัตราการป่วยลดลง
OKRs	กลุ่มสงสัยป่วย DM HT ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย (เป้าหมาย DM ≥ ร้อยละ 70 , HT ≥ ร้อยละ 93)	กลุ่มป่วย DM HT สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ (เป้าหมาย DM ≥ ร้อยละ 40 , HT ≥ ร้อยละ 60)	อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองลดลง
	มาตรการ/การสนับสนุน	มาตรการ/การสนับสนุน	มาตรการ/การสนับสนุน
ระบบบริการ	<ol style="list-style-type: none"> คัดกรองประช. อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วย DM HT ประเมินปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง แจ้งผลกลุ่มปกติที่มีปัจจัยเสี่ยง ให้คำแนะนำการจัดการปัจจัยเสี่ยง และนัดตรวจคัดกรองทุกปี ให้คำแนะนำการจัดการปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลแก่กลุ่มเสี่ยง ขึ้นทะเบียน กลุ่มสงสัยป่วย DM HT และตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย โดยแพทย์ (DM ภายใน 1 - 180 วัน/HT ภายใน 1 - 90 วัน) ติดตามและวินิจฉัยรายใหม่ กลุ่มสงสัยป่วย DM HT ในแฟ้ม DIAGNOSIS และขึ้นทะเบียนรักษาในแฟ้ม CHRONIC จัดจุดบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นในที่สาธารณะ 	<ol style="list-style-type: none"> ยกระดับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ให้ผ่านเกณฑ์ จัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM HT พัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วย DM HT ขึ้นทะเบียน และ F/U ผู้ป่วย DM HT ประเมิน CVD Risk assessment ในผู้ป่วย DM HT ทุกราย ให้ความรู้ ทักษะจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง แก่ผู้ป่วย DM HT ตรวจ HbA1C และคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM อย่างน้อยปีละครั้ง ตรวจวัดความดันโลหิต ในผู้ป่วย HT ติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่เข้าถึงการให้บริการ/ ขาดนัด มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีคุณภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> วิเคราะห์สถานการณ์ป่วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด CVD, Stroke วางแผน และดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง 
กำลังคนด้าน	อสม. พยาบาล และจนท.ปฐมภูมิ	บุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ และ Case Manager	<ol style="list-style-type: none"> NCD Board ระดับจังหวัด และอำเภอ System Management team
ระบบข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> App smart อสม. Health data center 	Health data center	Health data center
เทคโนโลยีทางการแพทย์	<ol style="list-style-type: none"> App smart อสม. สถานีสุขภาพระดับชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> การใช้และพัฒนา Telemedicine ในกลุ่มควบคุมได้ดี, Lost-F/U และ Refer พัฒนาการตรวจ HbA1C การจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิต สำหรับ HBPM ให้เพียงพอ การใช้ Application Line ติดตามผู้ป่วย 	การใช้และพัฒนา Telemedicine ในกลุ่มควบคุมได้ดี, Lost-F/U และ Refer
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณของภาคีเครือข่าย 	<ol style="list-style-type: none"> งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณท้องถิ่น 	<ol style="list-style-type: none"> งบประมาณหน่วยงาน งบประมาณท้องถิ่น
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	NCD Board ระดับจังหวัด และอำเภอ	<ol style="list-style-type: none"> คณะกรรมการโรงพยาบาล คปสอ. 	<ol style="list-style-type: none"> คณะกรรมการ Service Plan สาขา DM HT การ MOU กับท้องถิ่น/เครือข่าย (ถ้ามี) พชอ.
ภาคีเครือข่าย	เครือข่ายท้องถิ่น	อสม. เครือข่ายระบบบริการ และภาคีเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข	อปท., ภาคประชาสังคม, โรงเรียน/หอการค้า

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

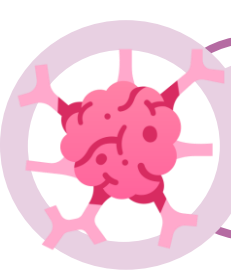
(Inspection Guideline)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นลดป่วย ลดตาย การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ
สาขาโรคมะเร็ง (Cancer)

- มะเร็งปากมดลูก
- มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง





สาขาโรคมะเร็ง (Cancer)



ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

1

ร้อยละของผู้ที่ได้รับการ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก
(≥ ร้อยละ 60)

2

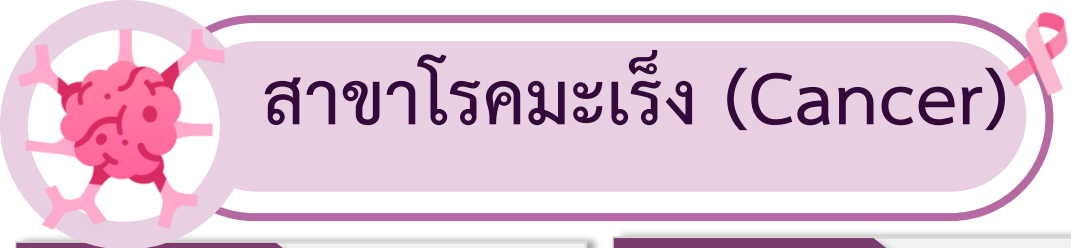
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ
(มะเร็งปากมดลูก) ได้รับ
การส่องกล้อง Colposcopy
(≥ ร้อยละ 70)

3

ร้อยละของผู้ที่ได้รับการ
คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
และไส้ตรง
(≥ ร้อยละ 50)

4

ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ
(มะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่อง
กล้อง Colonoscopy
(≥ ร้อยละ 50)



สาขาโรคมะเร็ง (Cancer)

ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

เป้าหมาย

1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

Small Success

3
เดือน

- คัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60
- ส่องกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ \geq ร้อยละ 50
- ส่องกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50

มาตรการ

ด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และเห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการอย่างทั่วถึง
3. อบรมพัฒนาบุคลากรทุกระดับในเรื่องการคัดกรองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้

ด้านการส่องกล้อง Colposcopy สำหรับผู้พบความผิดปกติ

1. ขยายเครือข่าย และเพิ่มศักยภาพในการส่องกล้องปากมดลูก
2. บริหารจัดการให้ได้รับการส่องกล้องปากมดลูกเร็วที่สุด
3. การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันที่

Small Success

6
เดือน

- คัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60
- ส่องกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ \geq ร้อยละ 50
- ส่องกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50

แนวทางการตรวจ

1. ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)
2. ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)

Small Success

9
เดือน

- คัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60
- ส่องกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ \geq ร้อยละ 50
- ส่องกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2566 \geq ร้อยละ 60 และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 ในปีงบประมาณ 2567
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ปีงบประมาณ 2566 \geq ร้อยละ 70 และคงเดิม ในปีงบประมาณ 2567

Small Success

12
เดือน

- คัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60
- ส่องกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ \geq ร้อยละ 50
- ส่องกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50

สาขาโรคมะเร็ง (Cancer) (ต่อ)

ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

เป้าหมาย

1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy

Small Success

3
เดือน

- คัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60
- ส่งกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ \geq ร้อยละ 50
- ส่งกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50

มาตรการ

ด้านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

1. รมรณรงค์ให้ความรู้ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และเห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
2. บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการอย่างทั่วถึง
3. การพัฒนาองค์ความรู้ของประชาชน เจ้าหน้าที่ และผู้เกี่ยวข้อง ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้

ด้านการส่งกล้อง Colonoscopy สำหรับผู้ที่มีพบความผิดปกติ

1. บริหารจัดการให้ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy เร็วที่สุด
2. การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อ ผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันที่
3. เพิ่มศักยภาพในการส่งกล้อง Colonoscopy

Small Success

6
เดือน

- คัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60
- ส่งกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ \geq ร้อยละ 50
- ส่งกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50

แนวทางการตรวจ

3. ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)
4. ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)

Small Success

9
เดือน

- คัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60
- ส่งกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ \geq ร้อยละ 50
- ส่งกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปีงบประมาณ 2566 \geq ร้อยละ 50 และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55 ในปีงบประมาณ 2567
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy ปีงบประมาณ 2566 \geq ร้อยละ 50 และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55 ในปีงบประมาณ 2567

Small Success

12
เดือน

- คัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60
- ส่งกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ \geq ร้อยละ 50
- ส่งกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50



สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

$$1. (A(C_2) / B(C_1)) \times 100$$

$$2. (A(CP_2) / B(CP_1)) \times 100$$

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

$$4. (A(CL_2) / B(CL_1)) \times 100$$

A

B

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

$A(CP_2)$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

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

$A(CL_2)$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

$B(C_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี.... 2.6 ล้านราย)

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

$B(F_1)$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี (ตามเป้าหมายรายปี... 6.6 แสนราย)

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

(ร่าง) Value Chain Inspection : ลดป่วย ลดตาย (CANCER)

Value Chain	ลดป่วย		Early Detection		Early treatment	
OKRs	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (มะเร็ง)		การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์	
					ด้วย RT ใน 6 สัปดาห์	Chemo ใน 6 สัปดาห์
	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่
Service Delivery			<ol style="list-style-type: none"> รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และเห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการอย่างทั่วถึง บริหารจัดการให้ได้รับการส่งกล้องปากมดลูกเร็วที่สุด 		<ol style="list-style-type: none"> บริหารจัดการให้ได้การวินิจฉัยหลังตัดชิ้นเนื้อเร็วที่สุด เปิดบริการเคมีบำบัดมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใน M1 	
Workforce			<ol style="list-style-type: none"> ขยายเครือข่าย และเพิ่มศักยภาพในการส่องกล้องปากมดลูก ทำ MOU ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับราชวิทยาลัยต่างๆ เช่น ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ เพื่อผลิตบุคลากรในเขตสุขภาพที่ขาดแคลน 		การพัฒนาศักยภาพและอำนวยการรักษา ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์พยาบาลในการให้ยาเคมีบำบัด	
Data & IT			จัดอบรมแนวทางการบันทึกข้อมูลการคัดกรองผ่านโปรแกรมที่สถาบันมะเร็งพัฒนาขึ้น ให้พื้นที่เขตสุขภาพ เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		การบันทึกวันเริ่มผ่าตัดใน TCB เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลกลับไปยังพื้นที่	
Supply			อบรมพัฒนาบุคลากรทุกระดับในเรื่องการคัดกรองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้		บริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับโรคอื่นๆ อย่างเหมาะสม	
Finance						
Governance						
Participation			การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึง		พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย	

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์

■ อยู่ระหว่างดำเนินการ

■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์

■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

(ร่าง) Value Chain Inspection : ลดป่วย ลดตาย (CANCER)

Value Chain	ลดป่วย		Early Detection		Early treatment	
OKRs	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (มะเร็ง)		การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง		ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์	
					ด้วย RT ใน 6 สัปดาห์	Chemo ใน 6 สัปดาห์
	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่
Service Delivery			<ol style="list-style-type: none"> รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อให้เห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริการอย่างทั่วถึง บริหารจัดการให้ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy เร็วที่สุด 			
Workforce			ขยายเครือข่าย และเพิ่มศักยภาพในการส่องกล้อง Colonoscopy			
Data & IT						
Supply			<ol style="list-style-type: none"> การพัฒนาองค์ความรู้ของประชาชน เจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้ เพิ่มศักยภาพในการส่องกล้อง Colonoscopy 			
Finance						
Governance						
Participation			การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันที่			

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์
 ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์
 ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

ประเด็นที่ 5

ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : การคัดกรองรอยโรคเสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย

(ร่าง) Value Chain Inspection : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ (การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก)

Value Chain	ลดป่วย		Early Detection		คุณภาพการรักษา	
OKRs	การจัดการปัจจัยเสี่ยง		การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก		การส่งต่อรักษา มีระบบส่งกลับ ดูแลต่อเนื่องในระยะยาว	
	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่
Service Delivery	<ul style="list-style-type: none"> มีระบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพอื่น เช่น NCD มะเร็งอื่นๆ 	ระบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยง ในสถานบริการและชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ระบบการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก โดย ทันตบุคลากร หรือ แพทย์ 		<ul style="list-style-type: none"> ระบบ Thai cancer based ระบบการส่งต่อรักษา และการรับกลับเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง 	
Workforce	<ul style="list-style-type: none"> ทันตบุคลากร บุคลากรสาธารณสุข 	อสม.	<ul style="list-style-type: none"> มีทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข ที่สามารถคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปากทุกอำเภอ 		<ul style="list-style-type: none"> เครือข่ายการจัดการบริการแพทย์และทันตแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Oral medicine, Maxillofacial, ENT, plastic surgeon, Pathologist 	
Data & IT	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลจาก 43 แพ้ม ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทันตสาธารณสุข (ท.02) 	ระบบข้อมูลในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> ระบบรายงานข้อมูล HDC report ข้อมูลจาก 43 แพ้ม 	ระบบข้อมูลในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> ระบบ Thai cancer based ข้อมูลจาก 43 แพ้ม 	ระบบข้อมูลในพื้นที่
Supply	<ul style="list-style-type: none"> คู่มือช่วยเลิกบุหรี่ โดยโครงการวิชาชีพทันตแพทย์ด้านภยยาสูบ 	แบบสอบถาม Application	<ul style="list-style-type: none"> แนวทางคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก 2562 		<ul style="list-style-type: none"> ผลิตภัณฑ์เสริมแก่ผู้ป่วย เช่น น้ำลายเทียม หรือ อาหารรูปแบบเจลลี่ 	
Finance			<ul style="list-style-type: none"> สิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สิทธิประโยชน์ตามรายการ Fee schedule ปี 2566 : บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก 			
Governance			<ul style="list-style-type: none"> ใช้กลไก service plan สาขาสุขภาพช่องปากในการติดตามการเข้าถึงบริการ 			
Participation	<ul style="list-style-type: none"> ร่วมกับหน่วยวิชาการในประเด็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 		<ul style="list-style-type: none"> การจัดการระบบคัดกรองร่วมกับเครือข่าย และหน่วยวิชาการในส่วนกลางและระดับพื้นที่ 		<ul style="list-style-type: none"> การจัดการระบบส่งต่อและติดตาม ร่วมกับเครือข่าย และหน่วยวิชาการในส่วนกลางและระดับพื้นที่ 	

ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์

อยู่ระหว่างดำเนินการ

ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์

ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

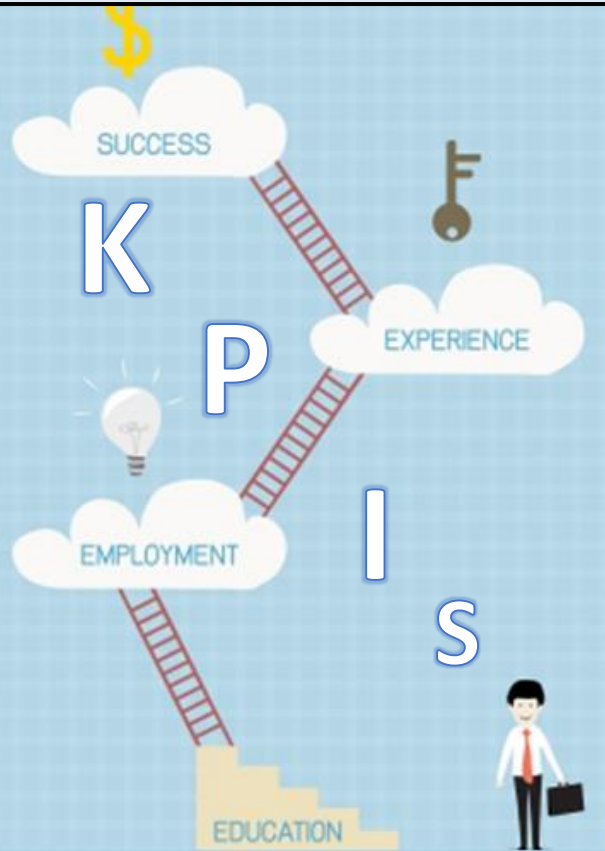
ตัวชี้วัด	การรายงาน
1. มีระบบการจัดการ ที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี่ยง มะเร็งและมะเร็งช่องปากในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด	<ul style="list-style-type: none">แหล่งข้อมูล : รายงานของหน่วยบริการและจังหวัด แสดงระบบการจัดการ ที่ครอบคลุมระบบคัดกรอง ระบบส่งต่อรักษา และ ระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง
2. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	<ul style="list-style-type: none">สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $(A/B) \times 100$ A = ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก (นับผู้ที่ได้รับการตรวจช่องปากและวางแผนการรักษา ที่ลงแฟ้ม dental) B = ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการแหล่งข้อมูล : ระบบรายงานข้อมูล HDC
3. จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา	<ul style="list-style-type: none">แหล่งข้อมูล : ข้อมูลในระบบ HIS ที่มีรหัส biopsy ในบริเวณที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลรายงานที่เกี่ยวข้อง

ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก	<ul style="list-style-type: none">แหล่งข้อมูล : ระบบรายงานข้อมูล HDC ในข้อมูล Service plan สาขาสุภาพช่องปาก รายการที่ 17.21 และ 17.22
--	---



แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566



ประเด็นที่ 5 : การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ



Prevent

ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับภูมิคุ้มกัน
อย่างครอบคลุม

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

Detect

จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังและ
ตอบสนองอย่างครอบคลุมและมี
ประสิทธิภาพ

1. ผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ (ครน.คร./กสธจ.)

Response &

Recovery

จังหวัดมีความพร้อมและแนวทางการ
ตอบโต้และฟื้นฟูภาวะฉุกเฉินทางด้าน
การแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญของ
พื้นที่อย่างเหมาะสม

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

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

ประเด็นที่ 5 : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ ความมั่นคงด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้าน
การแพทย์และสาธารณสุข เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดย่อย/ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607 (ไม่รวมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์)
2. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 1 และ 2

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607 (ไม่รวมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์) ≥ ร้อยละ 90	1) จัดทำแนวทางและคำแนะนำการให้วัคซีนโควิด 19 2) สื่อสารประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีนโควิด 19 3) ขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการฉีดวัคซีนโควิด 19	ข้อมูลจากระบบ MOPH-IC หรือทะเบียนการให้บริการของพื้นที่	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ช่วยลดป่วย ลดตาย จากโรคโควิด 19
ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ≥ ร้อยละ 90	4) บริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	ข้อมูลทะเบียนการให้บริการของพื้นที่	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ช่วยลดป่วย ลดตาย จากโรคโควิด 19

คำนิยาม

1. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด 19 หมายถึง ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่ม 607 และกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์) ได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น เข็มที่ 3
2. กลุ่ม 607 หมายถึง กลุ่มเป้าหมายหลักของการให้บริการวัคซีนโควิด 19 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้
กลุ่ม 1 ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป
กลุ่ม 2 ประชาชนที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค
3. กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง กลุ่มเป้าหมายของการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ที่เป็นกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 - 45 ปี





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

คะแนน	รายละเอียดการดำเนินงาน / เอกสารและเกณฑ์ประกอบการประเมิน
1	<p>➤ ผู้ปฏิบัติงาน SAT</p> <p>1) มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) เพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ</p> <p>2) หัวหน้าทีมเป็นนักระบาดวิทยา หรือ ที่ผ่านหลักสูตรด้านระบาดวิทยา (FEMT/FETH) หรือคุณสมบัติอื่น ๆ ที่เหมาะสมตามที่กำหนด</p> <p>ข้อมูล/หลักฐาน คำสั่งแต่งตั้งทีม SAT</p> <p>➤ มีเกณฑ์ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขต ลงนามโดย นพ.สสจ. และ ผู้ตรวจราชการ</p> <p>1) CIR โรคและภัยสุขภาพระดับพื้นที่ โดยเห็นชอบจากผู้บริหารและแจ้งเวียนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบและปฏิบัติ</p> <p>ข้อมูล/หลักฐาน เกณฑ์ CIR ของหน่วยงาน</p>
2	<p>➤ ผู้ปฏิบัติงาน SAT</p> <p>1) SOP SAT ภาวะปกติ 2) SOP SAT ภาวะฉุกเฉิน 3) มีสถานที่อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม</p> <p>ข้อมูล/หลักฐาน SOP, รายการเครื่องมือ อุปกรณ์ คู่มือ แนวทาง ฯลฯ ในการปฏิบัติงานของ SAT ที่มีอยู่, วัสดุอุปกรณ์ เอกสารคู่มือ/แนวทาง, แนวทางการสื่อสาร ประสานงานกับเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>➤ มีเกณฑ์ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขต ลงนามโดย นพ.สสจ. และ ผู้ตรวจราชการ</p> <p>1) SOP CIR</p> <p>ข้อมูล/หลักฐาน SOP</p>



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

คะแนน	รายละเอียดการดำเนินงาน / เอกสารและเกณฑ์ประกอบการประเมิน
3	<p>➤ ผู้ปฏิบัติงาน SAT</p> <ol style="list-style-type: none">1) สมาชิกทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาบุคลากรหรือจัดการความรู้ของ SAT อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง2) สมาชิกทีมทุกคน ได้รับการอบรม SAT orientation เมื่อเข้ามาปฏิบัติงานครั้งแรกหรือทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน <p>ข้อมูล/หลักฐาน รายงานการพัฒนาบุคลากรหรือจัดการความรู้ของ SAT, ทะเบียนรายชื่อผู้ผ่านกิจกรรมพัฒนาบุคลากรหรือจัดการความรู้ของ SAT และการอบรม SAT orientation</p>
4	<p>➤ ผู้ปฏิบัติงาน SAT</p> <ol style="list-style-type: none">1) วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ (All Hazards) พร้อมเสนอผู้บริหารสั่งการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (กรณี ปกติ) และสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (กรณี เกิดภาวะฉุกเฉิน)2) มีรายงานเหตุการณ์เบื้องต้นเสนอผู้บริหาร (Spot Report)3) ฐานข้อมูลความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ <p>ข้อมูล/หลักฐาน รายงานวิเคราะห์สถานการณ์, รายงานเหตุการณ์เบื้องต้นเสนอผู้บริหาร, ฐานข้อมูลเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ</p>
5	<p>➤ ผู้ปฏิบัติงาน SAT</p> <ol style="list-style-type: none">1) ผู้บริหารมีการใช้รายงานโรคและภัยสุขภาพ/ Spot report ทั้งภาวะปกติหรือ ฉุกเฉิน มาใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ ตอบโต้สถานการณ์ หรือ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น <p>ข้อมูล/หลักฐาน รายงานสรุปผลการดำเนินงาน/การตอบสนองของผู้บริหาร</p>

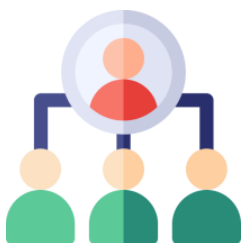


3. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100

คำนิยาม



ผู้บริหารระดับจังหวัด หมายถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกคน (ทั้ง ผชช.ว ผชช.ส และอื่น ๆ), หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกคน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป, รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ทุกคนทุกตำแหน่ง (รวมรองบริหารด้วย), รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปทุกคนทุกตำแหน่ง (รวมรองบริหารด้วย), หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลศูนย์, หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลทั่วไปทุกคน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลทุกคน

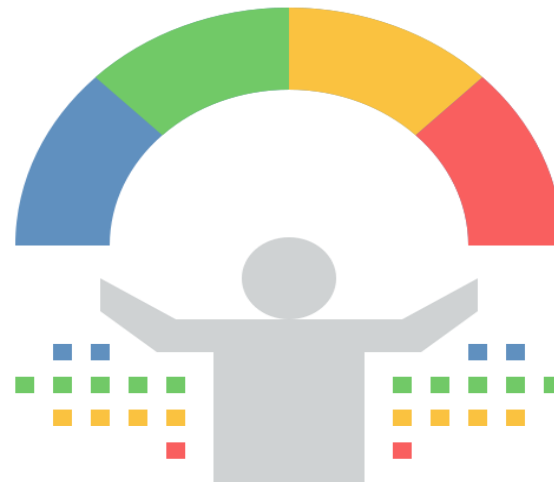


หลักสูตร ICS & EOC 100 หมายถึง หลักสูตรการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางสาธารณสุข



3. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100

รายละเอียดตัวชี้วัด	เกณฑ์ประกอบการประเมิน (คะแนน)				
	1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100	ผู้บริหาร ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 มากกว่าร้อยละ 80	ผู้บริหาร ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 มากกว่าร้อยละ 85	ผู้บริหาร ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 มากกว่าร้อยละ 90	ผู้บริหาร ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 มากกว่าร้อยละ 95	ผู้บริหาร ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 ร้อยละ 100





4. ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม



Communicable Disease Control Unit (CDCU) “หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ” ตามกฎหมาย พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งกำหนดให้ทุกอำเภอต้องมีการจัดตั้งหน่วยนี้ ขึ้นอย่างน้อยอำเภอละ 1 หน่วย หน้าที่เหมือนกับทีม JIT แต่แตกต่างกันที่มีอำนาจในการบังคับใช้กฎหมาย



ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่ระดับอำเภอ มีบทบาทในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอและติดต่อประสานงานแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ร่วมกับจังหวัดเพื่อให้เกิดการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

รายละเอียดตัวชี้วัด	เกณฑ์ประกอบการประเมิน (คะแนน)				
	1	2	3	4	5
<p>ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม</p> <p>**ข้อมูล/หลักฐาน**</p> <p>1) เอกสารคำสั่งทีม CDCU ระดับอำเภอ</p> <p>2) หลักฐานผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร CDCU ในระดับอำเภอ</p>	<p>ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม ตั้งแต่ร้อยละ 60 ของจังหวัด</p>	<p>ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม ตั้งแต่ร้อยละ 70 ของจังหวัด</p>	<p>ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม ตั้งแต่ร้อยละ 80 ของจังหวัด</p>	<p>ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม ตั้งแต่ร้อยละ 90 ของจังหวัด</p>	<p>ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม ร้อยละ 100 ของจังหวัด</p>



5.Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย

คะแนน	รายละเอียดการดำเนินงาน / เอกสารและเกณฑ์ประกอบการประเมิน
1	1) มีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ (3 ภัย) ข้อมูล/หลักฐาน สรุปการวิเคราะห์ความเสี่ยง/ประเมินความเสี่ยง โรคและภัยสุขภาพ
2	1) ผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ผ่านการเห็นชอบจากผู้บริหารหน่วยงาน ข้อมูล/หลักฐาน เอกสารอนุมัติผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ผ่านการเห็นชอบจากผู้บริหารหน่วยงาน
3	1) ฐานข้อมูลที่สำคัญของโรคและภัยสุขภาพอย่างน้อย 3 ภัย ได้แก่ พื้นที่เสี่ยง อำเภอ ตำบล ทรัพยากรที่จำเป็น ตามส่วนกลาง และสามารถตรวจสอบได้ ข้อมูล/หลักฐาน เอกสารหลักฐานที่แสดงว่ามีฐานข้อมูลเบื้องต้น
4	1) แจกเตือนไปยังพื้นที่เสี่ยงตามภัยที่ประเมิน เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือ ข้อมูล/หลักฐาน หนังสือหรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่ามีการแจกเตือน
5	1) แผนรองรับกรณีหากเกินขีดความสามารถรองรับของจังหวัด ข้อมูล/หลักฐาน แผนเผชิญเหตุ BCP



6.Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ

นิยาม

Resource Mapping หมายถึง การจัดทำระบบฐานข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อวางแผนการบริหารจัดการสาธารณสุขและในภาวะฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเชิงพื้นที่ โดยนำข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบหรือลักษณะต่าง ๆ จัดทำให้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในรายละเอียดทุกมิติ ได้แก่ การคาดการณ์ การจัดหา การสำรอง การจัดเก็บ การขนส่ง เป็นต้น เพื่อสนับสนุนการจัดการสาธารณสุขและภาวะฉุกเฉินให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

ผลลัพธ์

ระบบฐานข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อวางแผนการบริหารจัดการสาธารณสุขและในภาวะฉุกเฉิน ในระดับจังหวัด

รายละเอียดตัวชี้วัด	เอกสารและเกณฑ์ประกอบการประเมิน (คะแนน)				
	1	2	3	4	5
Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ	1.ประเมินจำนวนคงคลังทรัพยากรและรายการทรัพยากรที่จำเป็นในแต่ละภัย	1.คาดการณ์ความต้องการใช้/กำหนดจำนวนสำรองขั้นต่ำของทรัพยากรในแต่ละภัย	1.จัดหาทรัพยากรตามที่มีการคาดการณ์ 2.แผน/ทำเนียบแหล่งจัดหาทรัพยากรกรณีมีความต้องการใช้เร่งด่วน	1.จัดทำแผนการขนส่งทรัพยากรให้เหมาะสมในแต่ละภัย	1.มีการทบทวนประเมินผลการจัดการทรัพยากร/ถอดบทเรียน เพื่อนำมาปรับปรุง Resource Mapping
เอกสาร/หลักฐาน	รายงานจำนวนคงคลังและรายการทรัพยากรที่จำเป็นในแต่ละภัย	รายงานคาดการณ์ความต้องการใช้ทรัพยากร/จำนวนสำรองขั้นต่ำในแต่ละภัย	รายงานการจัดหาทรัพยากรตามที่มีการคาดการณ์ และรายงานแผน/ทำเนียบแหล่งจัดหาทรัพยากร กรณีมีความต้องการใช้เร่งด่วน)	แผนการขนส่งทรัพยากรแต่ละภัย	รายงานทบทวน/ถอดบทเรียน



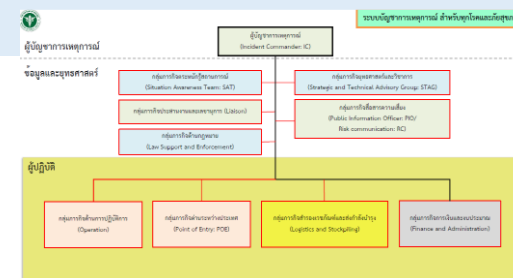
7. Operational plans สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย

Operational plans

ดำเนินการจัดทำแผน Hazard Specific Plan (HSP) ซึ่งเป็น**แผนที่เตรียมไว้ล่วงหน้า**สำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรค หรือภัยสุขภาพที่จำเพาะที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจัดทำรองรับ 3 ภัยที่สำคัญ

ระบบบัญชาการ (ICS)

ระบบการจัดองค์กรสำหรับการบังคับบัญชา (Command), การควบคุม (Control), การประสานงาน (Coordination) เพื่อตอบสนองต่อการที่หน่วยงานหลายๆหน่วยที่มาร่วมปฏิบัติงานในสถานการณ์เฉพาะที่มี**เป้าหมายร่วมกัน**ในการระงับสถานการณ์, ปกป้อง **ชีวิตทรัพย์สิน และสิ่งแวดล้อม** สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัย





7. Operational plans สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบบระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด

เอกสารและเกณฑ์ประกอบการประเมิน (คะแนน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
Operational plans (Hazard Specific Plan: HSP) หรือ ICS รองรับ อย่างน้อย 1 ภัยที่สำคัญ	1. operational plans (Hazard Specific Plan: HSP) อย่างน้อย 1 ภัยที่สำคัญ 2. ICS รองรับ อย่างน้อย 1 ภัยที่สำคัญ	1. operational plans (Hazard Specific Plan: HSP) อย่างน้อย 2 ภัยที่สำคัญ 2. ICS รองรับ อย่างน้อย 2 ภัยที่สำคัญ	1. operational plans (Hazard Specific Plan: HSP) อย่างน้อย 3 ภัยที่สำคัญ 2. ICS รองรับ อย่างน้อย 3 ภัยที่สำคัญ 3. การฝึกซ้อมแผนตามประเมินความเสี่ยงและสรุปผลการซ้อมแผน อย่างน้อย 1 ภัยสำคัญ	1. operational plans (Hazard Specific Plan: HSP) อย่างน้อย 3 ภัยที่สำคัญ 2. ICS รองรับ อย่างน้อย 3 ภัยที่สำคัญ 3. การฝึกซ้อมแผนตามประเมินความเสี่ยงและสรุปผลการซ้อมแผน ครบทั้ง 3 ภัยสำคัญ

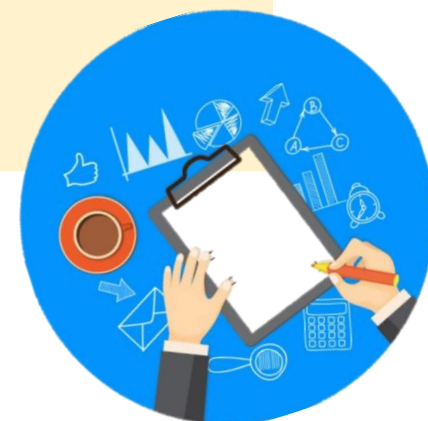


8.แผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ Operational plan



แผนประคองกิจการ(Business Continuity Planning :BCP)

แผนเตรียมความพร้อมองค์กรให้สามารถรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินทั้งโรค ภัยสุขภาพ และสาธารณสุขภัย
ในการป้องกันและตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติ เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น สามารถขับเคลื่อนการ
ดำเนินงานตามภารกิจขององค์กรได้ตามแผนการดำเนินงาน สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ
โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ Operational plan





8.แผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ Operational plan

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด

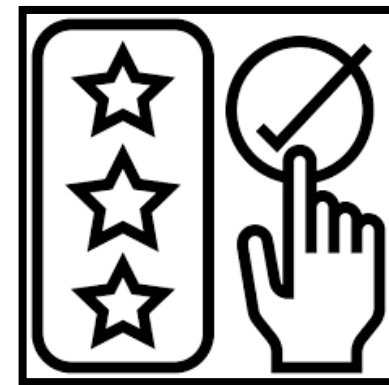
เอกสารและเกณฑ์ประกอบการประเมิน (คะแนน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.มีแผน BCP ของหน่วยงาน	1.มีแผน BCP ของหน่วยงาน 2.แผน BCP สอดคล้องกับ Operational plan	1.มีแผน BCP ของหน่วยงาน 2.แผน BCP สอดคล้องกับ Operational plan 3.มีการทบทวน BCP หน่วยงานทุกปี	1.มีแผน BCP ของหน่วยงาน 2.แผน BCP สอดคล้องกับ Operational plan 3.มีการทบทวน BCP หน่วยงานทุกปี 4.เนื่อหารายละเอียด BCP ครอบคลุมตามมาตรฐานของ BCP	1.มีแผน BCP ของหน่วยงาน 2.แผน BCP สอดคล้องกับ Operational plan 3.มีการทบทวน BCP หน่วยงานทุกปี 4.เนื่อหารายละเอียด BCP ครอบคลุมตามมาตรฐานของ BCP 5. มีการใช้แผน BCP เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน และมีการถอดบทเรียน/ปรับปรุง BCP

เกณฑ์การประเมินของตัวชี้วัด

ลำดับ	รายละเอียดตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม
1.1	ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607	5
1.2	ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)	5
2	ผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน	5
3	ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100	5
4	มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม	5
5	มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย	5
6	Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ	5
7	Operational plans (HSP) สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบุระบบ ICS ที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัย	5
8	แผน BCP สำหรับ สสจ. / รพศ. / รพท. ที่สอดคล้องกับ operational plan	5
รวมคะแนนเต็ม		45

จังหวัดที่ผ่านตัวชี้วัด คือ
จังหวัดที่ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จที่
ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม



(ร่าง) Value Chain Inspection : การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ (Public Health Emergency Management)

Value Chain	Prevention		Detect		Response / Recovery	
OKRs	ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับภูมิคุ้มกัน อย่างครอบคลุม		จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังและตอบสนองอย่าง ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ		จังหวัดมีความพร้อมและแนวทางการตอบโต้และฟื้นฟูภาวะ ฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่ อย่างเหมาะสม	
	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง	ส่วนพื้นที่
Service Delivery	ความสะดวกในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีน โควิด 19 ของประชาชน	รูปแบบการ จัดบริการ ฉีดวัคซีน	ระบบ Critical Information Report ระดับเขตและระดับจังหวัด	จัดทำ CIR ตามเกณฑ์	- Risk assessment รองรับ 3 ภัยที่สำคัญ - Hazard Specific Plan รองรับ 3 ภัยที่ สำคัญ - BCP ของ สสจ./รพศ./รพท. รองรับภัย	ประเมิน ความเสี่ยง และจัดทำ แผน
Workforce	รูปแบบการจัดบริการฉีดวัคซีน	การขับเคลื่อนผ่าน คกก. จ.ภทม. โรคติดต่อ	ผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่าง เพียงพอ	บูรณาการการ พัฒนาบุคลากร ในพื้นที่	- ผู้บริหารโครงสร้าง ICS ผ่านการอบรม - ทีม CDCU เพียงพอ	บูรณาการการ พัฒนาบุคลากร ในพื้นที่
Data & IT	ระบบข้อมูลที่เหมาะสมได้ตรงตามความ ต้องการของผู้ใช้	การนำข้อมูลไป ประกอบเร่งรัด การฉีดวัคซีน				
Supply	การจัดหาวัคซีนให้มีความเพียงพอและตรงตาม ความต้องการของผู้รับบริการ	การสำรวจความ ต้องการวัคซีนในพื้นที่ เพื่อวัคซีนเพียงพอต่อ การให้บริการ			Resource mapping สำหรับการรับมือภัย ที่สำคัญ	บูรณาการ ทรัพยากรและระบุ แหล่งทรัพยากร
Finance	ความเพียงพอของงบประมาณดำเนินงาน โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมกระตุ้นการฉีดวัคซีน	การบูรณา การงบประมาณใน พื้นที่				
Governance	ในช่วงแรกของการฉีดวัคซีนโควิด 19 มี การร้องเรียนเป็นจำนวนมาก	บริหารจัดการวัคซีน ให้เป็นไปตาม นโยบายของ ส่วนกลาง			ICS รองรับ 3 ภัยที่สำคัญ	บริหารสถานการณ์ ภัยสำคัญที่เกิดขึ้น ตามบทบาทภารกิจ
Participation	ได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเป็น อย่างดี ทั้งภาคเอกชนและภาคส่วนอื่นๆ ที่ไม่ใช่ สาธารณสุข	การสร้างควม ร่วมมือในระดับพื้นที่				

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์

■ อยู่ระหว่างดำเนินการ

■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์

■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ



Thank You