

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ประเด็นที่ ๕

ลดป่วย ลดตาย

และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

- ลดป่วย
- ลดตาย
- ความมั่นคงด้านสุขภาพ

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guideline)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

Functional based ประเด็นที่ ๕: ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ สาขาโรคหัวใจ

ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด

- ๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๙)
๒. ร้อยละของการให้การรักษามารตามาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)
 - ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐) หรือ
 - ๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

คำนิยาม

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)

อัตราตายในผู้ป่วย STEMI

๑. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมารตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น ๑ visit)

๒. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI การรักษามารตามาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง

๑. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ
๒. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๙)

สูตรคำนวณ = (A/B) × ๑๐๐

A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO: I๒๑.๐ – I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด

B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO: I๒๑.๐ – I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด

๒. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

สูตรคำนวณ = (A/B) × ๑๐๐

A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด

๓. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (C/D) \times 100$$

C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

| เป้าหมาย | มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|--|--|---|--|
| ๑.ลดป่วย และลดการเสียชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI | ๑. คัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยในพื้นที่เพื่อการเข้าถึงบริการ และจัดการปัจจัยเสี่ยง | <ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วย DM HT ประเมินปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง - แจกผลกลุ่มปกติที่มีปัจจัยเสี่ยง ให้คำแนะนำการจัดการปัจจัยเสี่ยงและนัดตรวจคัดกรองทุกปี - ให้คำแนะนำการจัดการปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล Motivation Interview (MI) แก่กลุ่มเสี่ยง - ขึ้นทะเบียนกลุ่มสงสัยป่วย DM HT และตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย DM ภายใน ๑ - ๑๘๐ วัน HT ภายใน ๑ - ๙๐ วัน - ติดตามและวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT รายใหม่ ในแฟ้ม DIAGNOSIS และขึ้นทะเบียนรักษาในแฟ้ม CHRONIC - จัดจุดบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นในที่สาธารณะ (Health check at public place) | <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสงสัยป่วย DM ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ≥ ร้อยละ ๗๐ - กลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ≥ ร้อยละ ๙๓ |
| | ๒. ให้บริการ ดูแลรักษา ผู้ป่วย DM HT ตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วย DM HT มีผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี | <ul style="list-style-type: none"> - ยกระดับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ให้ผ่านเกณฑ์ - จัดรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM HT - พัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วย DM HT (Best Practice) - ขึ้นทะเบียน และตรวจติดตามรักษาผู้ป่วย DM HT - ประเมิน CVD Risk assessment ในผู้ป่วย DM HT ทุกราย กรณีมีความเสี่ยง ≥ ๒๐% ต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นเร่งด่วน (ภายใน ๑ เดือน) - ให้ความรู้ ทักษะจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงแก่ผู้ป่วย DM HT - ตรวจ HbA๑C และคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM อย่างน้อยปีละครั้ง - ตรวจวัดความดันโลหิต ในผู้ป่วย HT - ติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่เข้าถึงการให้บริการ/ขาดนัด | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย DM สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๔๐ - ผู้ป่วย HT สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๖๐ |

| เป้าหมาย | มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|---|---|---|--|
| | ๓. ให้การศึกษาผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเอง, ทราบถึงอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ | มีสื่อหรือเอกสารการให้ความรู้กับประชาชน | มี |
| | ๔. ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน (Reperfusion rate) | จำนวนผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งหมดและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา | มากกว่าร้อยละ ๘๐ |
| | ๕. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Track ที่ชัดเจน แบบไร้รอยต่อและปฏิบัติได้จริงทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ | มี | มี |
| | ๖. ลดเวลาระยะเวลารอคอยผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้รักษาโดยการทำบอลลูนหรือการผ่าตัด Coronary Artery Bypass Surgery (CABG) | - จำนวนผู้ป่วย - ระยะเวลารอคอย | ระยะเวลารอคอยไม่ควรเกิน ๓ เดือน |
| | ๗. มีข้อมูลการผลการรักษาผู้ป่วย STEMI เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผล อัตราตายของผู้ป่วย STEMI | มีการเก็บข้อมูลหรือลงข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในระบบ Thai ACS Registry | - มีข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง - เป้าหมายอัตราตายผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ ๙ |
| ๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ ๖๐) ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ ๖๐) ๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ ๖๐) | | | |
| ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาตามมาตรฐานได้และรวดเร็วในระบบเครือข่ายแต่ละเขตสุขภาพ | ๑. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน (๒๔/๗) โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ | มี CPG ระบบการให้คำปรึกษาและระบบส่งต่อผู้ป่วย | มี CPG และมีแนวทางการรับส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ |
| | ๒. มีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือดโดยสามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน | จำนวน Stock ยา หรือระบบการหมุนเวียนการใช้ยาในเขตสุขภาพ | มียาพร้อมและมีการให้ยาได้จริง |
| | ๓. มีความพร้อมของหน่วยงานรพพยาบาลบุคลากร และมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต เพื่อพร้อมส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง | - บุคลากรที่ต้องไปส่งผู้ป่วยโดยรพพยาบาลต้องผ่านการอบรม BLS and ACLS - มีรพพยาบาลและการจัดเวรบุคลากรเพื่อพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง | มีความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง |
| | ๔. มีหน่วยบริการที่มีความพร้อมเพียงพอในการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือด | มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมและสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดได้ | มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดได้ตามมาตรฐาน |

| เป้าหมาย | มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|----------|---|--|--|
| | ๕. มีระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด | มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Track ทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพและเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ | มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบบไร้รอยต่อ |
| | ๖. มีข้อมูลการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผล | มีการเก็บข้อมูลจำนวนหน่วยบริการและผู้ป่วยที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด/ การขยายหลอดเลือดหรือการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry | มีการรายงานข้อมูลผลการได้รับการรักษาในเวลาที่กำหนดที่ครบถ้วนและถูกต้องได้แก่ - ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๖๐ หรือ - ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๖๐ |

Small Success

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๙)

| มาตรการ/ตัวชี้วัด | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|--|---------|---------|---------|----------|
| ๑. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ๒. มีระบบ STEMI Fast Track เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูนที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ๓. มีระยะเวลาการรอคอยในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้รักษาโดยการทำบอลลูนหรือการผ่าตัด Coronary Artery Bypass Surgery (CABG) น้อยกว่า ๓ เดือน | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ๔. ในรายที่เป็นโรคแล้ว ให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการตามแนวทางของโรคกลุ่ม NCD | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ๕. ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ๖. มีข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ใน Thai ACS Registry | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ๗. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI | < ๙% | < ๙% | < ๙% | < ๙% |

๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

| มาตรการ/ตัวชี้วัด | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---------|---------|---------|----------|
| ๑. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน (๒๔/๗) โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ๒. มีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือดโดยต้องมีพร้อมสามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ๓. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงานมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตมีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ๔. มีหน่วยบริการที่เพียงพอต่อการให้การรักษโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ๕. ปรับระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ๖. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด | ≥ ๖๐% | ≥ ๖๐% | ≥ ๖๐% | ≥ ๖๐% |
| ๗. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด | ≥ ๖๐% | ≥ ๖๐% | ≥ ๖๐% | ≥ ๖๐% |

แหล่งข้อมูล

| ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง | ระบบ | ที่อยู่ URL |
|---|---|---|
| ๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด | เว็บไซต์เพื่อการเก็บข้อมูลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS) หรือโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในประเทศไทย (Thai ACS registry) | http://www.ncvdt.org/Default.aspx |
| ๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี | Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข | ตัวชี้วัดที่ ๑-๓ https://shorturl.asia/jqL๖๐ |

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์ / E-mail address |
|---|--|--|
| ๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๙) ๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐) ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐) ๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐) | | |
| แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพวรรณ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ | โทรศัพท์: ๐๒ ๕๙๑ ๙๙๗๒ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑ ๘๔๕ ๙๓๙๕ E-mail: dr.orawan.tuk@gmail.com |
| กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ | สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ | โทรศัพท์: ๐๒ ๕๙๐ ๖๓๕๙ E-mail: supervision.dms@gmail.com |
| ๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี | | |
| นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด | ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๙๐ ๓๘๙๓ E-mail: iamkrisada@gmail.com |
| นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ | รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๙๐ ๓๘๙๓ E-mail: auttakiat@yahoo.com |
| นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธมุง | หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๓๘๖๗ E-mail: nuttivan๒๕๑๖@hotmail.com |
| นางสาวณัฐฤดา บริบูรณ์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๓๘๘๗ E-mail: ncdplan@gmail.com |

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์ / E-mail address |
|-----------------------------|---|--|
| กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ | สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ | โทรศัพท์: ๐๒ ๕๙๐ ๖๓๕๙ E-mail: supervision.dms@gmail.com |
| ว่าที่ร.ต.อรรถกร บุตรชุมแสง | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๓๘๘๗ E-mail: ncdplan@gmail.com |
| นางสาวเบญจมาศ นาคราช | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๓๘๖๗ E-mail: bnakkarach@gmail.com |
| นางสาววรัญญา ตรีเหล่า | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๓๘๖๗ E-mail: ploysaiwaranya@gmail.com |

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guideline)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

Functional based ประเด็นที่ ๕: ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ตัวชี้วัด

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙) (เป้าหมาย < ร้อยละ ๗)
๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๘๐)

คำนิยาม

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙)

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙)
๒. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙)
๓. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙)

๒. การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก

๑. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง
๒. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
๓. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้ว โดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ประเด็นการตรวจติดตาม

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙)

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

A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย

B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I๖๐-I๖๙)

๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

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

A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

| เป้าหมาย | มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|---|--|---|------------------------------------|
| ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ และ รอบ ๒ | | | |
| <p>ตัวชี้วัดหลัก</p> <p>๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙)</p> | <p>๑. ตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT</p> <ul style="list-style-type: none"> - DM ภายใน ๑ - ๑๘๐ วัน - HT ภายใน ๑ - ๙๐ วัน <p>๒. ประเมิน CVD Risk assessment ในผู้ป่วย DM HT ทุกราย กรณีมีความเสี่ยง $\geq 20\%$ ต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น เร่งด่วน (ภายใน ๑ เดือน)</p> | <p>๖ เดือน</p> <p>และ</p> <p>๑๒ เดือน</p> | <p>น้อยกว่าร้อยละ ๗</p> |
| <p>๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> | <p>๓. ให้ความรู้ ทักษะจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงแก่ผู้ป่วย DM HT</p> <p>๔. ตรวจ HbA๑C และตรวจวัดความดันโลหิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจ HbA๑C และคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย ปีละครั้ง - ผู้ป่วย HT ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต <p>๕. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ</p> <p>๖. พัฒนาเครือข่ายในเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง</p> <p>๗. ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน</p> <p>๘. โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่ง ต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>๙. จัดให้มี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม</p> <p>๑๐. เพิ่มจำนวนเตียงใน Stroke Unit ให้เพียงพอ</p> <p>๑๑. เพิ่มการรักษา Ischemic Stroke และ Hemorrhagic Stroke ใน Stroke Unit/ ICU</p> <p>๑๒. พัฒนาระบบการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy ในโรงพยาบาล และเขตสุขภาพที่มีความพร้อม</p> <p>๑๓. พัฒนาเครือข่ายวิชาการและบริการทั้ง Acute และ Intermediate Care ในเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง</p> <p>๑๔. จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วย ทั้งภายในเขตสุขภาพ และนอกเขตบริการที่รับผิดชอบให้ชัดเจน</p> <p>๑๕. เพิ่ม Certified Stroke Unit/ Certified SSCC (Standard Stroke Center Certification)</p> <p>๑๖. สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์</p> <p>๑๗. กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ที่รับผิดชอบ</p> | | <p>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐</p> |

Small Success

| ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|--|--|---|
| <p>๑. สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมองจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ</p> <p>๒. มีการนำ Care map for Hemorrhagic stroke มาใช้ใน Stroke unit</p> <p>๓. มีการจัดทำแผนการเปิดบริการใส่สายสวนโรคหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy) ในระดับเขตสุขภาพ</p> | <p>๑. ตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสงสัยป่วย DM ได้รับการตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัย $\geq ๓๐\%$ - กลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัย $\geq ๖๐\%$ <p>๒. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาภายใน ๖๐ นาที $\geq ๖๐\%$</p> <p>๓. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit $\geq ๗๕\%$</p> <p>๔. โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้</p> <p>๕. อบรม Stroke: Basic course</p> | <p>๑. ตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสงสัยป่วย DM ได้รับการตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัย $\geq ๕๐\%$ - กลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัย $\geq ๘๐\%$ <p>๒. จัดให้มี Stroke Unit และ Stroke Fast Track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม</p> <p>๓. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายวิชาการ</p> <p>๔. อบรม Stroke Advance course</p> <p>๖. อบรม Stroke Manager course</p> | <p>๑. ตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสงสัยป่วย DM ได้รับการตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัย $\geq ๗๐\%$ - กลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัย $\geq ๙๓\%$ <p>๒. ผู้ป่วย DM สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ $\geq ๔๐\%$</p> <p>๓. ผู้ป่วย HT สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ $\geq ๖๐\%$</p> <p>๔. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙) $< ๗\%$</p> <p>๕. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาภายใน ๖๐ นาที $\geq ๖๕\%$</p> <p>๖. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit $\geq ๘๐\%$</p> <p>๗. มีการรับรองคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (SSCC) เพิ่มขึ้นอย่างน้อยเขตละ ๑ แห่ง</p> |

แหล่งข้อมูล

| ตัวชี้วัด | ระบบข้อมูล | ที่อยู่/ URL |
|--|---|---|
| ๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙) | Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข | https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php |
| ๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit | ข้อมูลจากการตรวจราชการ รอบที่ ๑ และ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ | การรวบรวมและวิเคราะห์ ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๓ |
| <p>๑. ร้อยละการตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง</p> <p>๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p> <p>๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี</p> | Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข | https://shorturl.asia/jqL๖๐ |

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา, กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์ / E-mail address |
|--|---|--|
| <p>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> | | |
| นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันประสาทวิทยา | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๒๔๐๘ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑ ๘๔๓ ๔๕๐๒ E-mail: suchathanc@yahoo.com |
| นางจุฑาภรณ์ บุญธง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันประสาทวิทยา | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๑๑๓๘ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๗ ๑๑๔ ๙๔๘๐ E-mail: J.bunthong@gmail.com |
| <p>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี</p> | | |
| นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด | ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๙๓ E-mail: iamkrisada@gmail.com |
| นายแพทย์อรุณเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ | รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๙๓ E-mail: auttakit@yahoo.com |
| นางสาวณัฐฉิธรณ พันธ์มุง | หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๖๗ E-mail: nuttawan๒๕๑๖@hotmail.com |
| นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๘๗ E-mail: ncdplan@gmail.com |

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์ / E-mail address |
|-----------------------------|---|--|
| นางจุฑาภรณ์ บุญธง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันประสาทวิทยา | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๑๑๓๘ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๗ ๑๑๔ ๙๔๘๐ E-mail: J.bunthong@gmail.com |
| นายปวิช อภิบาลกุล | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๖๓๕๐ โทรศัพท์มือถือ: ๐๙๘ ๕๕๖ ๓๕๖๔ E-mail: Eva๖๓๔๗๕๒@gmail.com |
| ว่าที่ร.ต.อรุณกร บุตรชุมแสง | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๘๗ E-mail: ncdplan@gmail.com |
| นางสาวเบญจมาศ นาคราช | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๖๗ E-mail: bnakkarach@gmail.com |
| ๓. นางสาวรัฐัญญา ตรีเหล่า | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๖๗ E-mail : ploysaiwaranya@gmail.com |

รายละเอียดตัวชี้วัด

| | | | | | |
|-------------------------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| หมวด | ๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) | | | | |
| แผนที่ | ๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) | | | | |
| โครงการที่ | ๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | | | | |
| ระดับการแสดงผล | จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ | | | | |
| ชื่อตัวชี้วัด | ๑๐. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit ๑๐.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙) ๑๐.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit | | | | |
| คำนิยาม ๑๐.๑ | <p>ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐ – 1๖๙)</p> <p>๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐ – 1๖๙)</p> <p>๒. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐ – 1๖๙)</p> <p>๓. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐ – 1๖๙)</p> | | | | |
| เกณฑ์เป้าหมาย : | | | | | |
| | ปีงบประมาณ ๖๖ | ปีงบประมาณ ๖๗ | ปีงบประมาณ ๖๘ | ปีงบประมาณ ๖๙ | ปีงบประมาณ ๗๐ |
| | น้อยกว่าร้อยละ ๗ | น้อยกว่าร้อยละ ๗ | น้อยกว่าร้อยละ ๗ | น้อยกว่าร้อยละ ๗ | น้อยกว่าร้อยละ ๗ |
| วัตถุประสงค์ | ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | ๑. ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ๒. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๓ | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ๑. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ๒. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๓ | | | | |
| รายการข้อมูล ๑ | A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐ – 1๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย | | | | |
| รายการข้อมูล ๒ | B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: 1๖๐ – 1๖๙) | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑๐.๑ | $(A/B) \times 100$ | | | | |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก ๖ เดือน | | | | |

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๖:

| | | | |
|-------------|------------------|-------------|------------------|
| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
| - | น้อยกว่าร้อยละ ๗ | - | น้อยกว่าร้อยละ ๗ |

ปี ๒๕๖๗:

| | | | |
|-------------|------------------|-------------|------------------|
| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
| - | น้อยกว่าร้อยละ ๗ | - | น้อยกว่าร้อยละ ๗ |

ปี ๒๕๖๘:

| | | | |
|-------------|------------------|-------------|------------------|
| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
| - | น้อยกว่าร้อยละ ๗ | - | น้อยกว่าร้อยละ ๗ |

ปี ๒๕๖๙:

| | | | |
|-------------|------------------|-------------|------------------|
| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
| - | น้อยกว่าร้อยละ ๗ | - | น้อยกว่าร้อยละ ๗ |

ปี ๒๕๗๐:

| | | | |
|-------------|------------------|-------------|------------------|
| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
| - | น้อยกว่าร้อยละ ๗ | - | น้อยกว่าร้อยละ ๗ |

วิธีการประเมินผล :

๑. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
๒. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๓ (รายงาน ต.๒)

เอกสารสนับสนุน :

คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

| Baseline data (๓ ปีย้อนหลัง) | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---------------------------------|----------|------------------------------------|------|------|
| | | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ | ๒๕๖๕ |
| ๘.๔๖ | ร้อยละ | ๘.๐๑ | ๘.๔๙ | ๘.๘๙ |

หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๓

คำนิยาม ๑๐.๒

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ - I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit โดย
 หอพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก
 ๑. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง
 ๒. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
 ๓. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ

เกณฑ์เป้าหมาย :

| ปีงบประมาณ ๖๖ | ปีงบประมาณ ๖๗ | ปีงบประมาณ ๖๘ | ปีงบประมาณ ๖๙ | ปีงบประมาณ ๗๐ |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ |

วัตถุประสงค์

ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๓

แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๓

| | |
|-------------------------|--|
| รายการข้อมูล ๑ | A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ - I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit |
| รายการข้อมูล ๒ | B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ - I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑๐.๒ | $(A/B) \times ๑๐๐$ |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก ๖ เดือน |

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๖:

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|-------------|------------------------------|-------------|------------------------------|
| - | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕ | - | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ |

ปี ๒๕๖๗:

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|-------------|------------------------------|-------------|------------------------------|
| - | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ | - | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ |

ปี ๒๕๖๘:

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|-------------|------------------------------|-------------|------------------------------|
| - | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ | - | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ |

ปี ๒๕๖๙:

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|-------------|------------------------------|-------------|------------------------------|
| - | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ | - | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ |

ปี ๒๕๗๐:

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|-------------|------------------------------|-------------|------------------------------|
| - | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ | - | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ |

วิธีการประเมินผล : การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๓

เอกสารสนับสนุน : คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

| | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|----------|------------------------------------|-------|-------|
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | Baseline data (๓ ปีย้อนหลัง) | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
| | ๗๒.๙๗ | | ร้อยละ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| | | | ๗๑.๙๕ | ๗๓.๙๐ | ๗๓.๐๖ |

หมายเหตุ : ข้อมูลเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๓

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๘๙ ต่อ ๒๔๐๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๘๔๓ ๔๕๐๒
โทรสาร : ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๗๒ E-mail: suchathanc@yahoo.com

๒. นางจุฑาภรณ์ บุญธง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๘๙ ต่อ ๑๑๓๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๗๑๑๔ ๙๔๘๐
โทรสาร : ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๗๒ E-mail: j.bunthong@gmail.com

| | | | | | |
|--|--|--|------------------------------|--|--|
| | สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ | | | | |
| หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง) | ๑. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๑๒๐๔ E-mail : ictmoph@moph.go.th ๒. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๕๙ โทรสาร : ๐๒ ๙๖๕ ๙๘๕๑ E-mail : supervision.dms@gmail.com | | | | |
| ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน | ๑. นางจุฑาภรณ์ บุญจง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๘๙ ต่อ ๑๑๓๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๗๑๑๔ ๙๔๘๐ โทรสาร : ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๗๒ E-mail: j.bunthong@gmail.com สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ๒. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๕๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๘๕๔๖ ๓๕๖๔ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๗๙ E-mail: Evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ | | | | |
| การบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานในระบบ HealthKPI | ✓ หน่วยงานส่วนกลาง <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> <input type="radio"/> Key In </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> <input checked="" type="checkbox"/> API ตัวชี้วัด ๑๐.๒ ระบบ DMS Health KPI กรมการแพทย์ สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์ ผู้รายงานผล : นายอภิรักษ์ กุลสุ ตำแหน่ง : นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๐๙ </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> <input checked="" type="checkbox"/> ดึงจาก HDC ตัวชี้วัด ๑๐.๑ </td> </tr> </table> | | <input type="radio"/> Key In | <input checked="" type="checkbox"/> API ตัวชี้วัด ๑๐.๒ ระบบ DMS Health KPI กรมการแพทย์ สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์ ผู้รายงานผล : นายอภิรักษ์ กุลสุ ตำแหน่ง : นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๐๙ | <input checked="" type="checkbox"/> ดึงจาก HDC ตัวชี้วัด ๑๐.๑ |
| <input type="radio"/> Key In | <input checked="" type="checkbox"/> API ตัวชี้วัด ๑๐.๒ ระบบ DMS Health KPI กรมการแพทย์ สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์ ผู้รายงานผล : นายอภิรักษ์ กุลสุ ตำแหน่ง : นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๐๙ | <input checked="" type="checkbox"/> ดึงจาก HDC ตัวชี้วัด ๑๐.๑ | | | |

แผนขับเคลื่อนนโยบาย ประเด็น พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพไร้รอยต่อ ลดอัตราการตายโรคสำคัญ
(โรคหลอดเลือดสมอง)

Objectives/Key message ถึงประชาชน: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาตามมาตรฐานในระยะเวลาที่เหมาะสมรวดเร็ว

Key area (ประเด็นขับเคลื่อนที่สำคัญ) ๑) พัฒนาการรักษามาตรฐาน
๒) พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อ (Seamless stroke care)

| | | | | |
|--------------------------|---|--|---|---|
| Strategy/ มาตรการหลัก | ๑. สื่อสาร Stroke Alert/ Stroke Awareness | ๒. สร้างเครือข่ายสถานพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพและสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ | ๓. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีมาตรฐาน | ๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ ให้มีความพร้อมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง |
| Key activity | ๑.๑ เผยแพร่/ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Alert, Stroke Awareness) สู่แก่ประชาชนทั่วประเทศและเน้นการมีส่วนร่วมกับเขตสุขภาพ | ๒.๑ จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke service plan) ๒.๒ พัฒนาเครือข่ายในเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง ๒.๓ จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วย ทั้งภายในเขตสุขภาพและนอกเขตบริการที่รับผิดชอบให้ชัดเจน | ๓.๑ โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่ง และโรงพยาบาล ระดับ M ที่มีความพร้อม ต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด ๓.๓ เพิ่ม Stroke Unit และจำนวนเตียงให้เพียงพอ ๓.๔ ให้การรักษา Ischemic Stroke และ Hemorrhagic Stroke ใน Stroke Unit/ ICU ๓.๕ จัดให้มีบริการใส่สายสวนโรคหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy) ในโรงพยาบาลระดับ A, S ที่มีความพร้อม ๓.๖ เพิ่ม Certified Stroke Unit/ Certified Standard Stroke Center | ๔.๑ สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ แพทย์พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัด |

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guideline)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

Functional based ประเด็นที่ ๕: ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

คำนิยาม

ผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจแบบเฉียบพลัน (รหัส ICD-๑๐ = ๑๒๐.๐, ๑๒๑- ๑๒๔) ในปีงบประมาณ ทุกกลุ่มอายุ

ผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง (ICD๑๐ ๓ หลักแรก เป็น I๖๐-I๖๙) ในปีงบประมาณ ทุกกลุ่มอายุ

ตัวชี้วัดหลัก

- ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง (DM \geq ร้อยละ ๗๐, HT \geq ร้อยละ ๙๓)
- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (\geq ร้อยละ ๔๐)
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (\geq ร้อยละ ๖๐)

ความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศ ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเกิดความบกพร่องทางสุขภาพ ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ พบอัตราป่วยสะสมโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ๕๗.๕ และ ๗๓๑.๕ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ ๕๑ ของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง ๒.๘๗ เท่า สำหรับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง ๓ เท่า จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๕๗) และ ครั้งที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๖๓) พบความชุกของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกโรคเบาหวาน พบร้อยละ ๘.๙ และ ๙.๕ ตามลำดับ ความชุกโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ ๒๔.๗ และ ๒๕.๔ ตามลำดับ และจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕ พบว่าความชุกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

ทั้งนี้ พบว่าหากผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลงร้อยละ ๑๕ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงร้อยละ ๓๑ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและไขมันต่ำ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยา การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านระยะเวลาของการได้รับวินิจฉัย และการได้รับการตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ แต่หากผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง ๓.๒ และ ๒.๒ เท่า โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายที่สูงขึ้น พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง การสูบบุหรี่ เป็นต้น รวมทั้งการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา และการไม่รับประทานยา

คำนิยาม/สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

คำนิยาม

๑.๑ โรคเบาหวาน

๑.๑.๑ กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการคัดกรองมี ๒ วิธี ดังนี้

(๑) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl

(๒) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จาก การที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ ๑ วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือ การตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl

หมายเหตุ :

๑. ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (๑) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน

๒. กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (๒) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 มก./ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (๑) ในวันถัดไป

๑.๑.๒ การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑ - ๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน

หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน ๑ - ๑๘๐ วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑-๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน

B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

๑.๒ โรคความดันโลหิตสูง

๑.๒.๑ กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือ

ค่าความดันโลหิตตัวกลางเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐-๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ

๑.๒.๒ การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน ๑ - ๙๐ วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ ๒ วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๙๓ แต่ควรเน้นผลลัพธ์ การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) \geq ร้อยละ ๖๐ จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน ๙๐ วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน ๙๐ วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

คำนิยาม

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA_{1c} ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA_{1c} ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

คำนิยาม

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = ๑๐-๑๔

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < ๑๔๐ และ < ๙๐ mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปัจุบันประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าจะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย
ในปีงบประมาณควบคุมได้ดี

B = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

| เป้าหมาย | มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|--|--|--|--|
| ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ และ รอบ ๒ | | | |
| คุณภาพการคัดกรอง เพื่อการเข้าถึงบริการและจัดการปัจจัยเสี่ยง | | | |
| การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT | ๑. การคัดกรองประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๒. การให้คำแนะนำการจัดการปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล Motivation Interview (MI) ๓. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT ๔. การติดตามและวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT รายใหม่ (เพิ่ม DIAGNOSIS) และขึ้นทะเบียนรักษา (เพิ่ม CHRONIC) ๕. การจัดจุดบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นในที่สาธารณะ (Health check at public place) | ๑. คัดกรองประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วย DM HT ประเมินปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง ๒. แจกผลกลุ่มปกติที่มีปัจจัยเสี่ยง ให้คำแนะนำการจัดการปัจจัยเสี่ยงและนัดตรวจคัดกรองทุกปี ๓. ให้คำแนะนำการจัดการปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล Motivation Interview (MI) แก่กลุ่มเสี่ยง ๔. ขึ้นทะเบียน กลุ่มสงสัยป่วย DM HT และตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย - DM ภายใน ๑ - ๑๘๐ วัน - HT ภายใน ๑ - ๙๐ วัน ๕. ติดตามและวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT รายใหม่ ในเพิ่ม DIAGNOSIS และขึ้นทะเบียนรักษา ในเพิ่ม CHRONIC ๖. จัดจุดบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นในที่สาธารณะ (Health check at public place) | รอบที่ ๑ - กลุ่มสงสัยป่วย DM ได้รับ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๓๐ - กลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๖๐ รอบที่ ๒ - กลุ่มสงสัยป่วย DM ได้รับ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๗๐ - กลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๙๓ |
| ผู้ป่วย DM HT มีผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี | | | |
| ๑. ผู้ป่วย DM สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ ๒. ผู้ป่วย HT สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ | ๑. การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ๒. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM HT ๓. รูปแบบการให้บริการผู้ป่วย DM HT (Best Practice) ๔. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย DM HT และได้รับการตรวจติดตามรักษา ๕. การประเมิน CVD Risk ๖. การให้ความรู้ ทักษะจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ๗. การตรวจ HbA๑C ๘. การตรวจวัดความดันโลหิต ๙. การติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่ | ๑. ยกระดับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ให้ผ่านเกณฑ์ ๒. จัดรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM HT ๓. พัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วย DM HT (Best Practice) ๔. ขึ้นทะเบียน และตรวจติดตามรักษาผู้ป่วย DM HT ๕. ประเมิน CVD Risk assessment ในผู้ป่วย DM HT ทุกราย กรณีมีความเสี่ยง \geq ๒๐% ต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น เร่งด่วน (ภายใน ๑ เดือน) ๖. ให้ความรู้ ทักษะจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงแก่ผู้ป่วย DM HT ๗. ตรวจ HbA๑C และคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM อย่างน้อยปีละครั้ง ๘. ตรวจวัดความดันโลหิต ในผู้ป่วย HT ๙. ติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่เข้าถึงการให้บริการ/ | รอบที่ ๑ - รอบที่ ๒ - ผู้ป่วย DM สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ ๔๐ - ผู้ป่วย HT สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ ๖๐ |

| เป้าหมาย | มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|---|--|--|-------------------|
| | เข้าถึงการให้บริการ/ มาตรฐาน ๑๐. การส่งต่อผู้ป่วย | มาตรฐาน ๑๐. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีคุณภาพ | |
| อัตราผู้ป่วยลดลง | | | |
| อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ลดลง | ๑. การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วย และปัจจัยเสี่ยง ๒. การวางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหา | ๑. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ๒. วางแผน และดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคเกลือและโซเดียม การสูบบุหรี่ โรคอ้วน เป็นต้น | |

Small Success

| เป้าหมาย | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|--|---|---|--|
| ๑. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT | ๑. คัดกรองประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วย DM HT ๒. กลุ่มปกติที่มีปัจจัยเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงได้รับคำแนะนำการจัดการปัจจัยเสี่ยง | ๑. กลุ่มสงสัยป่วย DM ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย \geq ร้อยละ ๓๐ ๒. กลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย \geq ร้อยละ ๖๐ | ๑. กลุ่มสงสัยป่วย DM ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย \geq ร้อยละ ๕๐ ๒. กลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย \geq ร้อยละ ๘๐ | ๑. กลุ่มสงสัยป่วย DM ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย \geq ร้อยละ ๗๐ ๒. กลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย \geq ร้อยละ ๙๓ |
| ๒. ผู้ป่วย DM HT สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ | ผู้ป่วย DM HT ได้ขึ้นทะเบียน และได้รับการตรวจติดตามรักษา | ๑. ประเมิน CVD Risk assessment ทุกราย ๒. ให้ความรู้ มีทักษะจัดการตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ๓. ผู้ป่วย DM ตรวจ HbA๑C และคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ๔. ผู้ป่วย HT ตรวจวัดความดันโลหิต ๕. ติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่เข้าถึงการให้บริการ/ มาตรฐาน | ๑. ประเมิน CVD Risk assessment ทุกราย ๒. ให้ความรู้ มีทักษะจัดการตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ๓. ผู้ป่วย DM ตรวจ HbA๑C และคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ๔. ผู้ป่วย HT ตรวจวัดความดันโลหิต ๕. ติดตามผู้ป่วย DM HT ที่ไม่เข้าถึงการให้บริการ/ มาตรฐาน | ๑. ผู้ป่วย DM สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ ๔๐ ๒. ผู้ป่วย HT สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ ๖๐ |
| ๓. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ จากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ลดลง | ๑. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ๒. วางแผน และดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคเกลือและโซเดียม การสูบบุหรี่ โรคอ้วน เป็นต้น | ดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคเกลือและโซเดียม การสูบบุหรี่ โรคอ้วน เป็นต้น | ดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคเกลือและโซเดียม การสูบบุหรี่ โรคอ้วน เป็นต้น | ดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคเกลือและโซเดียม การสูบบุหรี่ โรคอ้วน เป็นต้น |

แหล่งข้อมูล

| ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง | ระบบ | ที่อยู่ URL |
|---|--|---|
| ๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ ๒. อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง ๓. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/ หรือความดันโลหิตสูง ๔. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ๕. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี | Health Data Center (HDC) กระทรวง สาธารณสุข | ตัวชี้วัดที่ ๑ https://shorturl.asia/xtq๑N ตัวชี้วัดที่ ๒ https://shorturl.asia/PljTR ตัวชี้วัดที่ ๓-๕ https://shorturl.asia/jqL๖๐ |

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address |
|---|--|--|
| ๑. นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด | ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๙๓ โทรสาร: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๙๓ E-mail: iamkrisada@gmail.com |
| ๒. นายแพทย์อรุณเกียรติ กาญจนพิบูล วงศ์ | รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๙๓ โทรสาร: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๙๓ E-mail: auttakit@yahoo.com |
| ๓. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง | หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๖๗ โทรสาร: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๙๓ E-mail: nuttiwan๒๕๑๖@hotmail.com |
| ๔. นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๘๗ โทรสาร: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๙๓ E-mail: ncdplan@gmail.com |

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address |
|--------------------------------|--|--|
| ๑. ว่าที่ร.ต.อรุณกร บุตรชุมแสง | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๘๗ โทรสาร: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๙๓ E-mail: ncdplan@gmail.com |
| ๒. นางสาวเบญจมาศ นาคราช | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๖๗ โทรสาร: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๙๓ E-mail: bnakkarach@gmail.com |
| ๓. นางสาววิญญา ตรีเหล่า | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๖๗ โทรสาร: ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๙๓ E-mail: ploysaiwaranya@gmail.com |

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guideline)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

หัวข้อ สาขาโรคมะเร็ง (Cancer)

หัวข้อ สาขาโรคมะเร็ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

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

คำนิยาม:

1) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านในส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจแนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี

2) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น

- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy)
- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลืมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ \geq ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปีที่โรงพยาบาล

3) การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูกด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้นเพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด

4) การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้งในรอบ 2 ปีงบประมาณ

5) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ

6) การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในระยะต้น

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น: ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 60
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy \geq ร้อยละ 70
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง \geq ร้อยละ 50
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ 50

| เป้าหมาย | มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจ ติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|--|---|--|---|
| ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1 ด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | | | |
| ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | <ol style="list-style-type: none"> 1. รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และเห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการอย่างทั่วถึง 3. อบรมพัฒนาบุคลากรทุกระดับในเรื่องการคัดกรองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้ | ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ) | ปี 2566 \geq ร้อยละ 60 และเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 70 ในปี 2567 ตามลำดับ |
| ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2 ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy | | | |
| ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy | <ol style="list-style-type: none"> 1. บริหารจัดการให้ได้รับการส่องกล้องปากมดลูกเร็วที่สุด 2. ขยายเครือข่าย และเพิ่มศักยภาพในการส่องกล้องปากมดลูก 3. การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที | ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ) | ปี 2566 \geq ร้อยละ 70 |

| เป้าหมาย | มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจ ติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|---|--|---|---|
| ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น 3 ด้านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | | | |
| ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | <ol style="list-style-type: none"> รณรงค์ให้ความรู้ประชาชนในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อให้เห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการอย่างทั่วถึง การพัฒนาองค์ความรู้ของประชาชน เจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้ | ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ) | ปี 2566 ≥ ร้อยละ 50 และเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 55 ในปี 2567 ตามลำดับ |
| ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น 4 ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy | | | |
| ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy | <ol style="list-style-type: none"> บริหารจัดการให้ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy เร็วที่สุด เพิ่มศักยภาพในการส่องกล้อง Colonoscopy การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันที่ | ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ) | ปี 2566 ≥ ร้อยละ 50 และเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 55 ในปี 2567 ตามลำดับ |

Small Success

| ปี 2566 | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|--|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | - | ≥ ร้อยละ 60 | ≥ ร้อยละ 60 | ≥ ร้อยละ 60 |
| ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy | - | ≥ ร้อยละ 70 | ≥ ร้อยละ 70 | ≥ ร้อยละ 70 |
| ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | - | ≥ ร้อยละ 50 | ≥ ร้อยละ 50 | ≥ ร้อยละ 50 |
| ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy | - | ≥ ร้อยละ 50 | ≥ ร้อยละ 50 | ≥ ร้อยละ 50 |

แหล่งข้อมูล

| ตัวชี้วัด | ระบบ | ที่อยู่/URL |
|---|--|--|
| 1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก 2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง colposcopy 3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง colonoscopy | โปรแกรม HPVCxs2020 และ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข | http://hpv.nci.go.th/ https://hdcservice.moph.go.th/ |

ประสานงานตัวชี้วัด

| ชื่อ - สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address |
|-------------------------|---------------------------------------|--|
| นายแพทย์สกันต์ บุนนาค | ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ | โทรศัพท์ : 02 202 6800 โทรศัพท์มือถือ : 08 0453 7036 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com |
| นางสาวศุภิพร แสงกระจ่าง | รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนา ระบบสุขภาพ | โทรศัพท์ : 02 202 6800 โทรศัพท์มือถือ : 08 9661 0451 E-mail : suleesa@yahoo.com |

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

| ชื่อ - สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address |
|-------------------------|---------------------------------------|--|
| นายแพทย์สกันต์ บุนนาค | ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ | โทรศัพท์ : 02 202 6800 โทรศัพท์มือถือ : 08 0453 7036 E-mail : sakarnbunnag@yahoo.com |
| นางสาวศุภิพร แสงกระจ่าง | รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนา ระบบสุขภาพ | โทรศัพท์ : 02 202 6800 โทรศัพท์มือถือ : 08 9661 0451 E-mail : suleesa@yahoo.com |

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

ตัวชี้วัด

๑. มีระบบการจัดการ ที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด
๒. ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่ได้รับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
๓. จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา

คำนิยาม

- การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก หมายถึง กิจกรรมการตรวจเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก ๙ บริเวณ ได้แก่ ๑.ริมฝีปากบนและล่าง ๒.กระพุ้งแก้มด้านขวาและด้านซ้าย ๓.เหงือกบนและล่าง ๔.เหงือกด้านหลังฟันกรามล่าง ๕.เพดานแข็ง ๖.เพดานอ่อน ๗.ลิ้นด้านบนและด้านข้าง ๘.ใต้ลิ้น ๙.พื้นปาก

โดยเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับการตรวจช่องปากและวางแผนการรักษา

- รอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก หมายถึง ลักษณะเนื้อเยื่อสีแดง สีขาว หรือ เป็นแผลในปากนานเกินกว่า ๒ สัปดาห์ หรือพบลักษณะเป็นก้อนที่ไม่ปกติ

สถานการณ์

ข้อมูลจากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.๒๕๖๔ ระบุว่า มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ ๔ ในเพศชาย และ อันดับ ๑๐ ในเพศหญิง มะเร็งช่องปากเป็นโรคที่มีความรุนแรง กระทบคุณภาพชีวิต และมีอัตราการตายสูง เนื่องจากมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่เป็นชนิด squamous cell carcinoma ซึ่งมีการพยากรณ์โรคไม่ดี (คู่มือแนวทางการตรวจและจัดการมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร, ๒๕๕๐) ประกอบกับ ร้อยละ ๗๐-๘๐ ของผู้ป่วย มาพบทันตแพทย์ในระยะลุกลาม ซึ่งเป็นระยะที่การรักษาซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง โอกาสรอดชีวิตต่ำ (พรชัย โอเจริญรัตน์, ๒๕๕๓) สถิติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๒ รายงานว่า เนื้องอกร้ายของริมฝีปาก ช่องปาก และคอหอย (malignant neoplasm of lip, oral cavity and pharynx) เป็นสาเหตุการตายในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปในเพศหญิง ๗๓๒ คน เพศชาย ๑,๑๗๐ คน รวม ๑,๙๐๒ คน

อย่างไรก็ตาม รอยโรคของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากสามารถรักษาได้หายขาดหากตรวจพบและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ตั้งแต่ในระยะก่อนการเกิดโรค หรือ ระยะที่เป็นรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง (Oral Potentially Malignant Disorders, OPMDs) (หัชชา ศรีปลั่ง, ๒๕๕๖ และ Ganly et al, ๒๐๑๒) มีการศึกษาที่พบว่า การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และสามารถลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญในประชากรที่มีความเสี่ยง (Sankaranarayanan et al., ๒๐๐๕ & Sankaranarayanan et al., ๒๐๑๓)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการคัดกรองรอยโรคเสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

| เป้าหมาย | มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|---|--|--|--|
| ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ | | | |
| ทุกจังหวัดมีการดำเนินงานคัดกรอง ส่งต่อรักษา และติดตามดูแล ที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป | ๑. มีระบบการคัดกรอง ๑.๑ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง ๑.๒ การตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง โดยทันตบุคลากรหรือแพทย์ ๑.๓ การลด/เลิกปัจจัยเสี่ยง โดยการให้คำแนะนำหรือส่งต่อไปรับบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ คลินิกเลิกสุรา ๑.๔ มีระบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ๒. มีระบบการส่งต่อรักษา ๒.๑ ผู้ที่มีรอยโรคในช่องปาก ได้รับการตรวจเพิ่มเติม เพื่อยืนยันผลวินิจฉัย ๒.๒ มีบุคลากรหรือหน่วยบริการที่สามารถให้การรักษาในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ ๒.๓ มีระบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ๓. มีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๓.๑ มีการรับกลับ ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเสียงที่ต้องการการติดตามเฝ้าระวัง ๓.๒ มีการรับกลับดูแลผู้ที่ได้รับการรักษารอยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ | ๑. หน่วยบริการมีระบบ - การคัดกรอง - ส่งต่อรักษา - ติดตามดูแลต่อเนื่อง ๒. ติดตามผลการดำเนินงานจากรายงานของหน่วยบริการและจังหวัด | ๑. มีระบบการจัดการ ที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด ๒. ร้อยละ ๑๕ ของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ๓. มีรายงาน ร้อยละ ของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มีรอยโรคเสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ๔. จำนวนผู้ที่มีรอยโรค เสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา |
| และประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒ | | | |
| ๑. ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการในหน่วยบริการหรือในระดับชุมชน ได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก | ๑. มีบริการการคัดกรอง ๑.๑ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง ๑.๒ การตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง โดยทันตบุคลากรหรือแพทย์ ๑.๓ การลด/เลิกปัจจัยเสี่ยง โดยการให้คำแนะนำหรือส่งต่อไปรับบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ คลินิกเลิกสุรา ๑.๔ มีระบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง | ๑. หน่วยบริการมีระบบ - การคัดกรอง - ส่งต่อรักษา - ติดตามดูแลต่อเนื่อง ๒. ติดตามผลการดำเนินงานจากรายงานของหน่วยบริการและจังหวัด | ๑. ร้อยละ ๔๐ ของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ๒. มีรายงาน ร้อยละ ของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มีรอยโรคเสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>๒ มีบริการส่งต่อรักษา</p> <p>๔.๑ ผู้ที่มีรอยโรคในช่องปาก ได้รับการตรวจเพิ่มเติม เพื่อยืนยันผลวินิจฉัย</p> <p>๔.๒ มีบุคลากรหรือหน่วยบริการที่สามารถให้การรักษาในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ</p> <p>๔.๓ มีระบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๕. มีบริการติดตามดูแลต่อเนื่อง</p> <p>๓.๑ มีการรับกลับ ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเสี่ยงที่ต้องการการติดตามเฝ้าระวัง</p> <p>๓.๒ มีการรับกลับดูแลผู้ที่ได้รับการรักษารอยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> | | <p>๓. จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา</p> |
|--|--|--|---|

Small Success

| ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> มีระบบการจัดการที่เกี่ยวข้องกับ รอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด | <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละ ๑๕ ของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก รายงาน <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา | | <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละ ๔๐ ของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก รายงาน <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา |

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

- มีระบบการจัดการ ที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี้ยวมะเร็งและมะเร็งช่องปากในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด
- ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
- จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี้ยวมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา

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

ตัวชี้วัดที่ ๒. ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก

A = ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก (นับผู้ที่ได้รับการตรวจช่องปากและวางแผนการรักษา + ลงแฟ้ม dental)

B = ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address | ประเด็นที่รับผิดชอบ |
|----------------------------|---|---|---------------------|
| นางสาวพัชรวรรณ สุขุมาลินท์ | ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข | โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) ๐ ๒๕๙๐ ๔๑๑๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๒๔๖๔ ๖๒๕๑ E-mail : patcharawan.s@anamai.mail.go.th | |

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address | ประเด็นที่รับผิดชอบ |
|----------------------------|---|---|---------------------|
| นางสาวพัชรวรรณ สุขุมาลินท์ | ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข | โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) ๐ ๒๕๙๐ ๔๑๑๗ โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๒๔๖๔ ๖๒๕๑ E-mail : patcharawan.s@anamai.mail.go.th | |

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก. กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ ความมั่นคงด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ) ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ

คำนิยาม

การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน หมายถึง การใช้กลไก กระบวนการ และองค์ประกอบในการดำเนินงาน เพื่อจุดมุ่งหมายในประสิทธิผลและประสิทธิภาพของปฏิบัติการด้านภาวะฉุกเฉิน (การป้องกันการลดผลกระทบ การเตรียมพร้อม การเผชิญเหตุ)

ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง เหตุการณ์การเกิดโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ประการ ดังนี้

๑. ทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพอย่างรุนแรง
๒. เป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติหรือไม่เคยพบมาก่อน
๓. มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่พื้นที่อื่น
๔. ต้องจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คนหรือสินค้า

โรคและภัยสุขภาพ ภัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประกอบด้วย 5 ชนิด คือ ภัยจากโรคติดเชื้อ (Biological Event) ภัยจากสารเคมี (Chemical Event) ภัยจากรังสี (Radiological Event) ภัยจากธรรมชาติ (Natural/Environment/Disaster Event) และภัยจากอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ และการก่อการร้าย/วินาศกรรม (Explosion / Trauma Event)

ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด 19 หมายถึง ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่ม ๖๐๗ และกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์) ได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น เข็มที่ 3

กลุ่ม ๖๐๗ หมายถึง กลุ่มเป้าหมายหลักของการให้บริการวัคซีนโควิด 19 แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่ม ๑ ประชาชนอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
- กลุ่ม ๒ ประชาชนที่มีโรคประจำตัว ๗ กลุ่มโรค ประกอบด้วย โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง (ปอดอุดกั้น, หอบหืด), โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคไตเรื้อรังระยะ ๕ (ไตวายเรื้อรัง), โรคหลอดเลือดสมอง, โรคเมเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัดและภูมิคุ้มกันบำบัด, โรคเบาหวาน และโรคอ้วน (BMI ≥ 35 , น้ำหนัก > 100 kg)

กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง กลุ่มเป้าหมายของการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ที่เป็นกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๕ - ๔๕ ปี

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์ นั้นๆ

CIR (Critical Information Requirement) ระดับจังหวัดและระดับเขต หมายถึง ข้อมูลสำคัญของเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุขในวงกว้างหรือมีความรุนแรงสูงต้องการการตอบสนองเร่งด่วนภายใน 24 ชั่วโมง

การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) หมายถึง กระบวนการกำหนดลักษณะ ขนาด หรือขอบเขต ของความเสี่ยงโดยการวิเคราะห์ภัยที่เกิดขึ้น รวมทั้งประเมินสถานะการเปิดรับต่อความเสี่ยง ความเปราะบาง ศักยภาพ ในการรับมือของชุมชนที่อาจเป็นอันตราย และคาดการณ์ผลกระทบต่อชีวิตทรัพย์สิน การดำรงชีวิตและสิ่งแวดล้อม เป็นการวิเคราะห์ความน่าจะเป็นในการเกิดผลกระทบจากภัยในพื้นที่หนึ่ง ๆ มีประโยชน์ในการวางแผนเพื่อจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) เป็นกระบวนการเพื่อทำความเข้าใจในระดับของความเสี่ยง หรือ ผลกระทบทางลบที่เกิดจากภัย การวิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นขั้นตอนต่อเนื่องมาจากการระบุความเสี่ยง โดยเป็นการนำผลของการประเมินภัย ความล่อแหลม ความเปราะบาง และศักยภาพ มาประมวลรวมกัน เพื่อประมาณระดับความเสียหาย ความสูญเสีย หรือผลกระทบจากสถานการณ์ เช่น ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การสูญเสียชีวิต โดยพิจารณาจากการประเมินโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Likelihood) และผลกระทบ หรือผลกระทบที่ตามมา (Impact หรือ Consequence) ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของส่วนงานหรือหน่วยงานภายในส่วนงาน

หลักสูตร ICS & EOC 100 หมายถึง หลักสูตรการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางสาธารณสุข

หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่ม 3 เท่า (surge capacity) หมายถึง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จังหวัดจัดตั้งทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อเพิ่มจาก 1 ทีมต่ออำเภอ เป็น 3 ทีมต่ออำเภอ

Resource Mapping หมายถึง การจัดทำระบบฐานข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อวางแผนการบริหารจัดการสาธารณสุขภัยและในภาวะฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเชิงพื้นที่ โดยนำข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบหรือลักษณะต่าง ๆ จัดทำให้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ในรายละเอียดทุกมิติ ได้แก่ การคาดการณ์ การจัดหา การสำรอง การจัดเก็บ การขนส่ง เป็นต้น เพื่อสนับสนุนการจัดการสาธารณสุขภัยและภาวะฉุกเฉินให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

Hazard Specific Plan (HSP) หมายถึง แผนที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรค หรือภัยสุขภาพที่จำเพาะที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขเช่น แผนรับมือโรคไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส แผนการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากน้ำท่วม เป็นต้น

แผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning :BCP) หมายถึง แผนเตรียมความพร้อมองค์กรให้สามารถรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินทั้งโรค ภัยสุขภาพ และสาธารณสุข ในการป้องกันและตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติที่ เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภารกิจขององค์กรได้ตามแผนการดำเนินงาน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

| เป้าหมาย | มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจ ติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|--|---|---|---|
| ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ | | | |
| ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม ๖๐๗ (ไม่รวมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์) ≥ ร้อยละ ๙๐ | ๑) จัดทำแนวทางและคำแนะนำการให้วัคซีนโควิด 19 ๒) สื่อสารประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีนโควิด 19 ๓) ขับเคลื่อนการดำเนินงาน | ข้อมูลจากระบบ MOPH-IC หรือทะเบียนการให้บริการของพื้นที่ | ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ช่วยลดป่วย ลดตาย จากโรคโควิด 19 |
| ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ≥ ร้อยละ ๙๐ | ร่วมกับหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการฉีดวัคซีนโควิด 19 ๔) บริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 ให้เกิดประโยชน์สูงสุด | ข้อมูลทะเบียนการให้บริการของพื้นที่ | ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ช่วยลดป่วย ลดตาย จากโรคโควิด 19 |
| มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และการจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ. สสจ. และผู้ตรวจราชการ | จังหวัดจัดให้ผู้ปฏิบัติงาน SAT เข้ารับการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง และจังหวัด และเขตสุขภาพจัดทำ CIR โดยผ่านความเห็นชอบจาก นพ. สสจ. และผู้ตรวจราชการ | ตรวจสอบรายงานผลการผ่านการอบรมหลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงาน SAT รวมถึงให้ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบเอกสาร CIR ของเขตสุขภาพ และจังหวัด รวมถึงให้ข้อเสนอแนะ | ผู้ปฏิบัติงาน SAT สามารถดำเนินการได้ตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถรายงาน CIR ต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ |
| มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย ๓ ภัย | จังหวัดระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย ๓ ภัย | ตรวจสอบเอกสารการกำหนดความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย ๓ ภัย | จังหวัดสามารถบริหารจัดการและสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต่อภัยที่สำคัญของจังหวัด |
| Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ | มีการทบทวนประเมินผลการจัดการทรัพยากร/ถอดบทเรียน เพื่อนำมาปรับปรุง Resource Mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ | ตรวจสอบเอกสาร Resource mapping รวมถึงให้ข้อเสนอแนะ | ระบบฐานข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อวางแผนการบริหารจัดการสาธารณสุข และในภาวะฉุกเฉินในระดับจังหวัด |
| ทีม CDCU ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม | จังหวัดจัดอบรมทีม CDCU ไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม | ตรวจสอบรายงานผลการผ่านการอบรมทีม CDCU ไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม รวมถึงให้ข้อเสนอแนะ | ทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัจจุบันและปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพ |

| เป้าหมาย | มาตรการที่ดำเนินงาน ในพื้นที่ | แนวทางการตรวจ ติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|--|---|--|--|
| ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒ | | | |
| ความครอบคลุมการ ได้รับวัคซีนโควิด 19 ใน กลุ่ม ๖๐๗ (ไม่รวมกลุ่ม หญิงวัยเจริญพันธุ์) ≥ ร้อยละ ๙๐ | ๑) จัดทำแนวทางและ คำแนะนำการให้วัคซีนโควิด 19 ๒) สื่อสารประชาสัมพันธ์การ ฉีดวัคซีนโควิด 19 ๓) ขับเคลื่อนการดำเนินงาน | ข้อมูลจากระบบ MOPH-IC หรือทะเบียนการให้บริการ ของพื้นที่ | ประชาชน กลุ่มเป้าหมายเข้ารับ การฉีดวัคซีนโควิด 19 ช่วยลดป่วย ลด ตาย จากโรคโควิด 19 |
| ความครอบคลุมการ ได้รับวัคซีนโควิด 19 ใน กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ≥ ร้อยละ ๙๐ | ร่วมกับหน่วยงานและ เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการ ฉีดวัคซีนโควิด 19 ๔) บริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 ให้เกิดประโยชน์สูงสุด | ข้อมูลทะเบียนการให้บริการ ของพื้นที่ | ประชาชน กลุ่มเป้าหมายเข้ารับ การฉีดวัคซีนโควิด 19 ช่วยลดป่วย ลด ตาย จากโรคโควิด 19 |
| ผู้บริหารระดับจังหวัด ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS 100 | จังหวัดจัดส่ง นพ.สสจ./รอง นพ.สสจ. หรือ ผชช.ว./ผอ. รพศ/ผอ.รพท. เข้ารับการ อบรมหลักสูตร ICS 100 | ตรวจสอบรายงานผลการ ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS 100 รวมถึงให้ข้อเสนอแนะ | ผู้บริหารระดับจังหวัด สามารถตัดสินใจเพื่อ บริหารจัดการต่อ ภาวะฉุกเฉินด้าน สาธารณสุขได้อย่างมี ประสิทธิภาพ |
| Operational plans (Hazard Specific Plan: HSP) สำหรับ ๓ ภัย ที่ สำคัญ | จังหวัดจัดทำ Operational plans (Hazard Specific Plan: HSP) สำหรับ ๓ ภัย ที่ สำคัญ | ตรวจสอบเอกสาร Operational plans (Hazard Specific Plan: HSP) สำหรับ ๓ ภัย ที่ สำคัญ รวมถึงให้ ข้อเสนอแนะ | เมื่อเกิดภัยที่สำคัญ ขึ้นในจังหวัด จังหวัด นำ Operational plans ไปใช้ได้อย่าง มีประสิทธิภาพ หรือ มีการฝึกซ้อมแผน Operational plans |
| แผน BCP สำหรับ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป | จังหวัดจัดทำ แผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป | ตรวจสอบเอกสาร แผน BCP สำหรับสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด และ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงให้ ข้อเสนอแนะ | เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขึ้นในจังหวัด หน่วย งานสสจ.รพศ.รพท. ไม่ปิดสถานบริการ ยังคงสามารถ ปฏิบัติงานได้ |

Small Success

| ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|--|--|---|
| <p>Detect</p> <p>๑. มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และการจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ</p> <p>Response</p> <p>๑. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย ๓ ภัย</p> <p>๒. Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ</p> | <p>Detect</p> <p>๑. มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และการจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ</p> <p>Response</p> <p>๑. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม</p> | <p>Response</p> <p>๑. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS ๑๐๐</p> <p>๒. มี operational plans (Hazard Specific Plan: HSP) สำหรับ ๓ ภัย ที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง ๓ ภัย</p> <p>๓. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปที่สอดคล้องกับ operational plan</p> | <p>Prevent</p> <p>๑. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม ๖๐๗ (เอา ๖๐๗ ไม่เอา ๖๐๘)</p> <p>๒. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ (๑๕-๔๕ ปี)</p> |

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด ๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗ (ไม่รวมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์)
๒. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด ๑๙ ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์
๓. ผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ
๔. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS ผู้บริหารระดับจังหวัด
๕. ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม
๖. Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ
๗. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19

$$\text{ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด ๑๙} = (A/B) \times 100$$

$$A = \text{จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนโควิด ๑๙}$$

$$B = \text{จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด}$$

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน , กรมควบคุมโรค กองโรคติดต่อทั่วไป, กองระบาดวิทยา, กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address | ประเด็นที่รับผิดชอบ |
|-------------------------------------|--|---|--|
| นายแพทย์สุทธศักดิ์ เดช เจริญไชย | ตำแหน่งผู้อำนวยการ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน | Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๒๘๐๔ e-mail : sariddet@gmail.com | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ |
| นายแพทย์รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ | ตำแหน่งผู้อำนวยการ สำนัก/ กองควบคุมโรคและภัย สุขภาพในภาวะฉุกเฉิน | Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๓๑๕๕ | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ |
| นพ.วิชาญ ปาวัน | ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกอง โรคติดต่อทั่วไป | Tel. ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๖๐ e-mail : vichan_pawun@yahoo.com | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ (ความครอบคลุมการได้รับ วัคซีนโควิด 19) |
| นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์ อานนท์ | ตำแหน่งผู้อำนวยการ สำนัก/กองระบาดวิทยา | Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๓๘๐๐ | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ |

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address | ประเด็นที่รับผิดชอบ |
|-------------------------------|---|--|--|
| นพ.ชนิมันท์ สนธิไชย | ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ พิเศษ กลุ่มงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และแผนงานโรคป้องกันด้วย วัคซีน กองโรคติดต่อทั่วไป | Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๓๑๙๖ e-mail : chaninan.s@ddc.mail.go.th | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ (ความครอบคลุมการได้รับ วัคซีนโควิด 19) |
| นางสาวกิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ | ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนัก/กองระบาดวิทยา | Tel.Mobile..... e-mail : | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ |
| นายแพทย์รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ | ตำแหน่งผู้อำนวยการ สำนัก/ กองควบคุมโรคและภัย สุขภาพในภาวะฉุกเฉิน | Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๓๑๕๕ | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ |
| นางสุรรัตน์ ใจดี | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนัก/กองสาธารณสุขฉุกเฉิน | Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๑๘๔๔ e-mail : Sureeratdee@hotmail.com | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ |
| นายสุบรรณ สิงห์โต | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนัก/กองสาธารณสุขฉุกเฉิน | Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๑๐๐๒ e-mail : satmoph@gmail.com | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ |
| นางสาวรุ่งทิภา ใจตรง | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนัก/กองสาธารณสุขฉุกเฉิน | Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๑๘๕๓ e-mail : logistics.dphem@gmail.com | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ |
| นางสาวณัฐชญา น้อยยา | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนัก/กองสาธารณสุขฉุกเฉิน | Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๑๙๐๘ e-mail : eoc.dphem@gmail.com | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ |
| นางสาวปาริฉัตร หมั่นจี้ | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนัก/กองสาธารณสุขฉุกเฉิน | Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๑๓๕๓ e-mail : dphem.planning@gmail.com | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ |
| นางสาวณิศา นานอม | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนัก/กองสาธารณสุขฉุกเฉิน | Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๑๓๕๓ e-mail : dphem.stag@gmail.com | ลดป่วย ลดตาย และการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ |

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก. กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด

| | รายละเอียดตัวชี้วัด | เอกสารและเกณฑ์ประกอบการประเมิน (คะแนน) | | | | | หน่วยงาน |
|-----|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 1.1 | ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607 | - ความครอบคลุม ร้อยละ 50 - ข้อมูลจากระบบ MOPH IC หรือทะเบียน การให้บริการของพื้นที่ | - ความครอบคลุม ร้อยละ 60 - ข้อมูลจากระบบ MOPH IC หรือทะเบียน การให้บริการของพื้นที่ | - ความครอบคลุม ร้อยละ 70 - ข้อมูลจากระบบ MOPH IC หรือทะเบียน การให้บริการของพื้นที่ | - ความครอบคลุม ร้อยละ 80 - ข้อมูลจากระบบ MOPH IC หรือทะเบียน การให้บริการของพื้นที่ | - ความครอบคลุม ร้อยละ 90 - ข้อมูลจากระบบ MOPH IC หรือทะเบียน การให้บริการของพื้นที่ | (กองโรคติดต่อทั่วไป คร.) |
| 1.2 | ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ใน กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี) | - ความครอบคลุม ร้อยละ 50 - ข้อมูลทะเบียนการ ให้บริการของพื้นที่ | - ความครอบคลุม ร้อยละ 60 - ข้อมูลทะเบียนการ ให้บริการของพื้นที่ | - ความครอบคลุม ร้อยละ 70 - ข้อมูลทะเบียนการ ให้บริการของพื้นที่ | - ความครอบคลุม ร้อยละ 80 - ข้อมูลทะเบียนการ ให้บริการของพื้นที่ | - ความครอบคลุม ร้อยละ 90 - ข้อมูลทะเบียนการ ให้บริการของพื้นที่ | (กองโรคติดต่อทั่วไป คร.) |
| 2. | มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่าง เพียงพอ และมีการจัดทำ CIR ระดับ จังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความ เห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจ ราชการ | ผู้ปฏิบัติงาน SAT 1) มีทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) เพื่อ เฝ้าระวัง ตรวจสอบ และ ประเมินสถานการณ์การ เกิดโรคและภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อ ผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้ สถานการณ์อย่างน้อย 3 คน และ ภาวะฉุกเฉิน 5 คน) 2) หัวหน้าทีมเป็นนัก ระบาดวิทยา หรือ ที่ผ่าน หลักสูตรด้านระบาด | ผู้ปฏิบัติงาน SAT 1) SOP SAT ภาวะปกติ 2) SOP SAT ภาวะ ฉุกเฉิน 3) มีสถานที่อุปกรณ์ใน การปฏิบัติงานที่ เหมาะสม เช่น คอม เครื่องปริ้น โทรศัพท์ อุปกรณ์เครื่องเขียน คู่มือตำราเกี่ยวกับการ เฝ้าระวังโรคภัยสุขภาพ เป็นต้น | ผู้ปฏิบัติงาน SAT 1) สมาชิกทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) เข้า ร่วมกิจกรรมพัฒนา บุคลากรหรือจัดการ ความรู้ของ SAT อย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง 2) สมาชิกทีมทุกคน ได้รับการอบรม SAT orientation เมื่อเข้ามา ปฏิบัติงานครั้งแรกหรือ ทุกครั้งที่มีการ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการ ทำงาน | ผู้ปฏิบัติงาน SAT 1) วิเคราะห์และประเมิน ความเสี่ยงของโรคและ ภัยสุขภาพในพื้นที่ (All Hazards) พร้อมเสนอ ผู้บริหารสั่งการอย่าง น้อยเดือนละ 1 ครั้ง (กรณี ปกติ) และสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง (กรณี เกิด ภาวะฉุกเฉิน) 2) มีรายงานเหตุการณ์ เบื้องต้นเสนอผู้บริหาร (Spot Report) 3) ฐานข้อมูลความเสี่ยง | ผู้ปฏิบัติงาน SAT 1) ผู้บริหารมีการใช้ รายงานโรคและภัย สุขภาพ/ Spot report ทั้งภาวะปกติหรือ ฉุกเฉิน มาใช้ประโยชน์ ในการบริหารจัดการ ตอบโต้สถานการณ์ หรือ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ข้อมูล/หลักฐาน - รายงานสรุปผลการ ดำเนินงาน/การ ตอบสนองของผู้บริหาร | (กสธฉ./คร.ครฉ) |

| | รายละเอียดตัวชี้วัด | เอกสารและเกณฑ์ประกอบการประเมิน (คะแนน) | | | | | หน่วยงาน |
|----|--|--|--|--|--|--|-----------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | <p>วิทยา (FEMT/FETH) หรือคุณสมบัติอื่นๆที่เหมาะสมตามที่กำหนด</p> <p>ข้อมูล/หลักฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งแต่งตั้งทีม SAT <p>มีเกณฑ์ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขต ลงนามโดย นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ</p> <p>1) CIR โรคและภัยสุขภาพระดับพื้นที่ โดยเห็นชอบจากผู้บริหารและแจ้งเวียนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบและปฏิบัติ</p> <p>ข้อมูล/หลักฐาน</p> <p>เกณฑ์ CIR ของหน่วยงาน</p> | <p>ข้อมูล/หลักฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOP - รายการเครื่องมืออุปกรณ์ คู่มือ แนวทาง ฯลฯ ในการปฏิบัติงานของ SAT ที่มีอยู่ - วัสดุอุปกรณ์ เอกสาร คู่มือ/แนวทาง - แนวทางการสื่อสารประสานงานกับเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน <p>มีเกณฑ์ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขต ลงนามโดย นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ</p> <p>1) SOP CIR</p> <p>ข้อมูล/หลักฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOP | <p>ข้อมูล/หลักฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายงานการพัฒนาบุคลากรหรือจัดการความรู้ของ SAT - ทะเบียนรายชื่อผู้ผ่านกิจกรรมพัฒนาบุคลากรหรือจัดการความรู้ของ SAT และการอบรม SAT orientation | <p>โรคและภัยสุขภาพ</p> <p>ข้อมูล/หลักฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ (Rapid Risk Assessment: RRA) - รายงานเหตุการณ์เบื้องต้นเสนอผู้บริหาร (Spot Report) - ฐานข้อมูลเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ เช่น อุทกภัย พื้นที่เสี่ยง อำเภอบ้านดง ตำบลกลุ่มเปาะบาง สถานบริการ | | | |
| 3. | ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 | ผู้บริหาร ผ่านการฝึกอบรม หลักสูตร ICS & EOC 100 มากกว่าร้อยละ 80 | ผู้บริหาร ผ่านการฝึกอบรม หลักสูตร ICS & EOC 100 มากกว่าร้อยละ 85 | ผู้บริหาร ผ่านการฝึกอบรม หลักสูตร ICS & EOC 100 มากกว่าร้อยละ 90 | ผู้บริหาร ผ่านการฝึกอบรม หลักสูตร ICS & EOC 100 มากกว่าร้อยละ 95 | ผู้บริหาร ผ่านการฝึกอบรม หลักสูตร ICS & EOC 100 ร้อยละ 100 | (ครร.คร./กสธฉ.) |

| | รายละเอียดตัวชี้วัด | เอกสารและเกณฑ์ประกอบการประเมิน (คะแนน) | | | | | หน่วยงาน |
|----|---|--|---|---|--|---|---------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | **ผู้บริหารระดับจังหวัด หมายถึง “นพ. สสจ. รอง นพ.สสจ. ทุกคน (ทั้ง ผชช.ว ผชช.ส และอื่นๆ) หัวหน้ากลุ่มงานใน สสจ.ทุกคน ผอ.รพศ. ผอ.รพท. รอง ผู้อำนวยการ รพศ. ทุกคนทุกตำแหน่ง (รวมรองบริหารด้วย) รองผู้อำนวยการ รพท. ทุกคนทุกตำแหน่ง (รวมรองบริหาร ด้วย) หัวหน้ากลุ่มงานใน รพศ. รพท. ทุกคน ผอ.รพช. และหัวหน้ากลุ่มงานใน โรงพยาบาลทุกคน” | | | | | | |
| 4. | มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม **ข้อมูล/หลักฐาน** 1) เอกสารคำสั่งทีม CDCU ระดับอำเภอ 2) หลักฐานผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร CDCU ในระดับอำเภอ | ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่า อำเภอละ 3 ทีม ตั้งแต่ ร้อยละ 60 ของจังหวัด | ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่า อำเภอละ 3 ทีม ตั้งแต่ ร้อยละ 70 ของจังหวัด | ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่า อำเภอละ 3 ทีม ตั้งแต่ ร้อยละ 80 ของจังหวัด | ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่า อำเภอละ 3 ทีม ตั้งแต่ ร้อยละ 90 ของจังหวัด | ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่า อำเภอละ 3 ทีม ตั้งแต่ ร้อยละ 100 ของจังหวัด | (กองระบาดวิทยา คร.) |
| 5. | มี Official document ของหน่วยงาน สาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย | 1) มีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของโรคและ ภัยสุขภาพ (3 ภัย) ข้อมูล/หลักฐาน - สรุปรายวิเคราะห์ความเสี่ยง/ประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ | 1) ผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ผ่านการเห็นชอบจากผู้บริหารหน่วยงาน ข้อมูล/หลักฐาน - เอกสารอนุมัติผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ผ่านการเห็นชอบจากผู้บริหารหน่วยงาน | 1) ฐานข้อมูลที่สำคัญของโรคและภัยสุขภาพ อย่างน้อย 3 ภัย ได้แก่ พื้นที่เสี่ยง อำเภอ ตำบล ทรัพยากรที่จำเป็น ตาม ส่วนกลาง และสามารถตรวจสอบได้ | 1) แจ้งเตือนไปยังพื้นที่เสี่ยงตามภัยที่ประเมิน เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือ | 1) แผนรองรับกรณีหากเกินขีดความสามารถรองรับของจังหวัด (เอกสาร/หลักฐาน: แผนเผชิญเหตุ BCP) | (กสธจ. /คร.ครจ) |

| | รายละเอียดตัวชี้วัด | เอกสารและเกณฑ์ประกอบการประเมิน (คะแนน) | | | | | หน่วยงาน |
|----|---|---|--|---|--|--|-----------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 6. | Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ | 1.ประเมินจำนวนคองคั้งทรัพยากรและรายการทรัพยากรที่จำเป็นในแต่ละภัย (เอกสาร/หลักฐาน: รายงานจำนวนคองคั้งและรายการทรัพยากรที่จำเป็นในแต่ละภัย) | 1.คาดการณ์ความต้องการใช้/กำหนดจำนวนสำรองขั้นต่ำของทรัพยากรในแต่ละภัย (เอกสาร/หลักฐาน: รายงานคาดการณ์ความต้องการใช้ทรัพยากร/จำนวนสำรองขั้นต่ำในแต่ละภัย) | 1.จัดหาทรัพยากรตามที่มีการคาดการณ์ 2.แผน/ทำเนียบแหล่งจัดหาทรัพยากร กรณีมีความต้องการใช้เร่งด่วน (เอกสาร/หลักฐาน : รายงานการจัดหาทรัพยากรตามที่มีการคาดการณ์ และรายงานแผน/ทำเนียบแหล่งจัดหาทรัพยากร กรณีมีความต้องการใช้เร่งด่วน) | 1.จัดทำแผนการขนส่งทรัพยากรให้เหมาะสมในแต่ละภัย (เอกสาร/หลักฐาน : แผนการขนส่งทรัพยากรแต่ละภัย) | 1.มีการทบทวนประเมินผลการจัดการทรัพยากร/ถอดบทเรียนเพื่อนำมาปรับปรุง Resource Mapping (เอกสาร/หลักฐาน : รายงานทบทวน/ถอดบทเรียน) | (กสธจ. /คร.ครจ) |
| 7. | มี operational plans สำหรับ 3 ภัยที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย | 1. 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 ภัยที่สำคัญ | 1. operational plans (Hazard Specific Plan: HSP) อย่างน้อย 3 ภัยที่สำคัญ 2. ICS รองรับ อย่างน้อย 3 ภัยที่สำคัญ 3. การฝึกซ้อมแผนตามประเมินความเสี่ยงและสรุปผลการซ้อมแผน ครบทั้ง 3 ภัยที่สำคัญ | (กสธจ. /คร.ครจ) |
| 8. | มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational | 1.มีแผน BCP ของหน่วยงาน | 1.มีแผน BCP ของหน่วยงาน 2.แผน BCP สอดคล้อง | 1.มีแผน BCP ของหน่วยงาน 2.แผน BCP สอดคล้อง | 1.มีแผน BCP ของหน่วยงาน 2.แผน BCP สอดคล้อง | 1.มีแผน BCP ของหน่วยงาน 2.แผน BCP สอดคล้อง | (กสธจ. /คร.ครจ) |

| | รายละเอียดตัวชี้วัด | เอกสารและเกณฑ์ประกอบการประเมิน (คะแนน) | | | | | หน่วยงาน |
|--|---------------------|--|----------------------|---|---|---|----------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | plan | | กับ Operational plan | กับ Operational plan 3.มีการทบทวน BCP หน่วยงานทุกปี | กับ Operational plan 3.มีการทบทวน BCP หน่วยงานทุกปี 4.เนื้อหารายละเอียด BCP ครอบคลุมตาม มาตรฐานของ BCP | กับ Operational plan 3.มีการทบทวน BCP หน่วยงานทุกปี 4.เนื้อหารายละเอียด BCP ครอบคลุมตาม มาตรฐานของ BCP 5. มีการใช้แผน BCP เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน และมีการถอดบทเรียน/ ปรับปรุง BCP | |