



แนวทางการขับเคลื่อนและการติดตามประเมินผล



โดย นางสาวสิริลักษณ์ เกิดลาภ

หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด



ประเด็น 1 โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



การบริการสุขภาพจิต

สถานการณ์

- ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น
- ผู้ต้องขังที่รอตัดสินคดีมีภาวะเครียด
- การรายงานข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวช ยังไม่เป็นระบบ



เป้าหมาย

ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิต
ทุกรายได้รับการดูแลรักษา

ผู้ต้องขังป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัวได้รับการ
ติดตามต่อเนื่องครบ 1 ปี
(1 ต.ค. 2564 - 30 ก.ย. 2565)

ผลการดำเนินงานปี 2564

ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิต
ได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ 100

มาตรการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565

1. ประเมินคัดกรองสุขภาพจิตและให้บริการสุขภาพจิต
และจิตเวช ผู้ต้องขังในเรือนจำ
2. พัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพจิตร่วมกับ รพ.แม่ข่าย
3. พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชหลัง
ปล่อยตัว ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดย 3 เดือน แรก
ติดตาม เดือนละ 1 ครั้ง และติดตามทุกๆ 3 เดือน จนครบ
ระยะเวลา 1 ปี (ตามแบบฟอร์มแบบรายงานผลการติดตาม
การดูแลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัว
ของกรมสุขภาพจิต)

Small success ปีงบประมาณ 2565

1. ผู้ต้องขังที่คัดกรองแล้วพบปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ 100
2. ผู้ต้องขังป่วยจิตเวชหลังปล่อยตัวได้รับการติดตามต่อเนื่องครบ 1 ปี
(1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565)





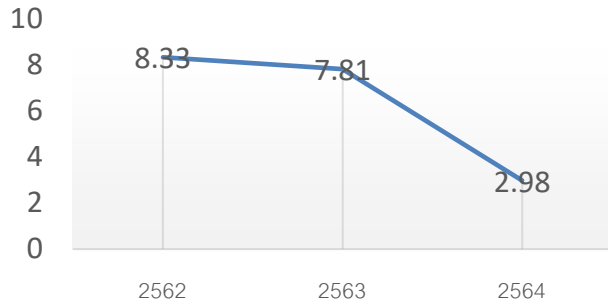
ประเด็น 4 สุขภาพจิต





การดำเนินงานสุขภาพจิต

สถานการณ์



Small success ปีงบประมาณ 2565



3 เดือน

- ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 20
- อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 2.0 /แสน ปชก.
- ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเอง
ซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 25

6 เดือน

- ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 40
- อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 4.0 /แสน ปชก.
- ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเอง
ซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 50

9 เดือน

- ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60
- อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.0 /แสน ปชก.
- ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเอง
ซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 70

12 เดือน

- ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 74
- อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 8.0 /แสน ปชก.
- ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเอง
ซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 90

เป้าหมาย

| เป้าหมายการดำเนินการ 2565 | | ผลงาน ปี 2564 |
|--|-------------------------|--------------------------|
| ตัวชี้วัด | ร้อยละ | ร้อยละ |
| 1. ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ | 74 | 92.43 |
| 2. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ | ≤ 8.0 /แสน ปชก. | 2.98 /แสน ปชก. (8ราย) |
| 3. ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตัวเอง ซ้ำในระยะเวลา 1 ปี | 90 | 100 |

มาตรการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565

1. พัฒนาศักยภาพภาคเครือข่าย อสม./อปท.
ในการสื่อสารเตือนภัย
2. พัฒนาบุคลากรด้านการวิเคราะห์ข้อมูล
3. ขับเคลื่อน HA ยาเสพติด ในรพ.ทุกแห่ง
4. ขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพ ทีม MCATT ทุกระดับ



ประเด็น ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

- Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง
- Service Plan สาขาโรคหัวใจ
- Service Plan สาขาโรคมะเร็ง
- Service Plan สาขา Intermediate care
- Service Plan สาขาอุบัติเหตุ



สถานการณ์

อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าตัวชี้วัดของกระทรวงกำหนด



| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน |
|---|----------|----------------|
| 1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | < 7 % | 9.22 % |
| 1.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Haemorrhagic Stroke :I60-I62) | < 25 % | 26.24 % |
| 1.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ(Ischemic Stroke :I63) | < 5 % | 5.24 % |
| 1.4 ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน4.5 ชม. ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที | ≥ 60 % | 89.28% (25/28) |
| 1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม.ได้รับการรักษาใน Stroke Unit | ≥ 50 % | 100 % |

มาตรการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565

- พัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ (access to care) และทันเวลาในกลุ่มเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- พัฒนาระบบข้อมูลและการจัดการข้อมูล เพื่อให้หน่วยบริการในระดับปฐมภูมิได้เข้าถึงข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบรวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในชุมชนและมีการเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกับ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและ Service Plan สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)
- พัฒนาระบบ Stroke fast track ในหน่วยบริการ
- พัฒนาการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มโรคNCD ให้คุณภาพมากขึ้น

3 เดือน

- ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานSP Stroke
- ติดตามแผน/ทบทวนคณะทำงาน/ประชุมชี้แจงคณะทำงาน

6 เดือน

- ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (> 60%)
- คัดกรองผู้ป่วยCVD Risk ในกลุ่มเสี่ยง 87.5%
- อัตราการเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง < ร้อยละ 7
- ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน4.5 ชม.ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ≥ 60

9 เดือน

- ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (> 70 %)
- คัดกรองผู้ป่วยCVD Risk ในกลุ่มเสี่ยง 90 %
- อัตราการเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง < ร้อยละ 7
- ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน4.5 ชม.ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ≥ 60

12 เดือน

- ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (> 80%)
- คัดกรองผู้ป่วยCVD Risk ในกลุ่มเสี่ยง 92.5 %
- อัตราการเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง < 7
- ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ≥ 60

สถานการณ์

- ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
- การลงข้อมูลใน Thai ACS ไม่เป็นปัจจุบัน



| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน |
|---|----------|------------------------------------|
| 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ | < 9 % | 2.58% (5/194) |
| 2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด | | |
| 2.1 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย | ≥ 60 % | 23.26% |
| 2.2 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย | ≥ 60 % | 100 % (เกาะยาว5 ตะกั่วทุ่ง2) |

มาตรการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565

- ประชาสัมพันธ์เชิงรุก Stroke /STERMI/Sepsis Alert& Awareness
- ประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 มากขึ้น
- ลงพื้นที่เชิงรุกในการทำงานชุมชนและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลไปในทางเดียวกันและสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรม ACS registry

3 เดือน

- วางแผนการดำเนินงานและประชุมทีมดำเนินงาน
- การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง HT / DM / Smoking การวัดรอบเอว
- คัดกรองผู้ป่วยCVD Risk ในกลุ่มเสี่ยง
- พัฒนาและสนับสนุนการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS

6 เดือน

- ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (>60%)
- คัดกรองผู้ป่วยCVD Risk ในกลุ่มเสี่ยง 87.5 %
- อัตราการเสียชีวิตโรคหัวใจ < ร้อยละ 8
- ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย 50 %
- ร้อยละผู้ป่วยSTEMI ได้รับทำ PCI ภายใน 120 นาที ร้อยละ 60

9 เดือน

- ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (>60%)
- คัดกรองผู้ป่วยCVD Risk ในกลุ่มเสี่ยง 90 %
- อัตราการเสียชีวิตโรคหลอดเลือดหัวใจ < ร้อยละ8
- ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย 60 %
- ร้อยละผู้ป่วยSTEMI ได้รับทำ PCI ภายใน 120 นาที ร้อยละ 60

12 เดือน

- ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (>60%)
- คัดกรองผู้ป่วยCVD Risk ในกลุ่มเสี่ยง 92.5 %
- อัตราการเสียชีวิตโรคหลอดเลือดหัวใจ < ร้อยละ8
- ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย 60 %
- ร้อยละผู้ป่วยSTEMI ได้รับทำ PCI ภายใน 120 นาที ร้อยละ 60

สถานการณ์

- การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
- การลงข้อมูลใน Thai cancer base ไม่เป็นปัจจุบัน



| ตัวชี้วัด | ค่าเป้าหมาย | ผลงาน |
|--|-------------|---------|
| 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ | ≥ 70% | 93.15 % |
| 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | ≥ 70% | 76.20% |
| 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | ≥ 60% | 66.67% |
| 4. อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 - 70 ปี | ≥ 80 % | 86.92 % |
| 5. อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี | ≥ 60 % | 27.95 % |
| 6. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง | ≥ 80 % | 60.89 % |

มาตรการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2565

- พัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องในทุกช่องทาง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง
- พัฒนาและเสริมสร้างทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคมะเร็งแก่บุคลากรด้าน สาธารณสุข/ ด้านส่งเสริมสุขภาพ
- สร้างผู้นำต้นแบบในการสื่อสาร และกระจายความรู้สู่ประชาชนสร้างเครือข่ายในการรณรงค์ ป้องกันโรคมะเร็ง โดยประสานงานกับทุกภาคส่วน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมเพื่อ กระจายข้อมูลให้ทั่วถึงชุมชนทุกแห่งและทุกกลุ่มเป้าหมาย
- สนับสนุนให้มีการสร้างฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งที่สำคัญในระดับประชากร เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อการตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
- พัฒนาสนับสนุนการลงข้อมูลในโปรแกรม TCB

3 เดือน

- วางแผนการดำเนินงานและประชุมทีมดำเนินงาน
- พัฒนาและสนับสนุนการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai cancer base

6 เดือน

- ในสตรีอายุ 30 - 70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 60
- ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 40
- ประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 40
- มีการลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Thai cancer base ร้อยละ 60

9 เดือน

- ในสตรีอายุ 30 - 70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 60
- ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 440
- ประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 60
- มีการลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Thai cancer base ร้อยละ 80 และเป็นปัจจุบัน

12 เดือน

- มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 80 60 และ 80
- มีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai cancer base เป็นปัจจุบัน



สถานการณ์

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง การลงข้อมูล ใน Thai COC ไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นปัจจุบัน



| ตัวชี้วัด | เกณฑ์เป้าหมาย | | |
|---|---------------|--------------|--------|
| | รอบ 6 เดือน | รอบ 12 เดือน | ผลงาน |
| 1. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 80 | 100 % |
| 2. ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ Intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 40 | 0 |
| 3. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index <15 หรือคะแนน Barthel Index >15 with multiple impairments ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตาม จนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel Index = 20 | - | ร้อยละ 65 | 76.89% |

มาตรการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565

- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลางรวมถึงการกระจายนโยบายและแนวทางพัฒนาศักยภาพ รพ.ท ลงสู่ รพ. ข และ รพ.สต.
- พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องหรือเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบ IMC การลงข้อมูลใน Google sheet และ Thai COC
- คณะกรรมการระดับจังหวัดลงพื้นที่ติดตาม/นิเทศงาน ในทุกโรงพยาบาล

3 เดือน

- ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน SP IMC
- ติดตามแผน/ทบทวน คณะทำงาน/ประชุมชี้แจง คณะทำงาน

6 เดือน

- ผู้ป่วย TBI&SCI ที่รอดชีวิตและมี BI >15 รวมทั้ง BI ≥15 with Multiple impairment ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ครบ 6 เดือน หรือ BI = 20 ≥ ร้อยละ 60
- ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F มีการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (IMC bed/ward) ตามเกณฑ์ check list
- IMC bed 100 %
- นิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลัง

9 เดือน

- ผู้ป่วย TBI&SCI ที่รอดชีวิตและมี BI >15 รวมทั้ง BI ≥15 with Multiple impairment ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ครบ 6 เดือน หรือ BI = 20 ≥ ร้อยละ 70
- ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F มีการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (IMC bed/ward) ตามเกณฑ์ check list
- IMC bed 100 %
- นิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลัง

12 เดือน

- ผู้ป่วย TBI&SCI ที่รอดชีวิตและมี BI >15 รวมทั้ง BI ≥15 with Multiple impairment ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ครบ 6 เดือน หรือ BI = 20 ≥ ร้อยละ 75
- ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F มีการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (IMC bed/ward) ตามเกณฑ์ check list
- IMC bed 100 %
- สรุปผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ วางแผนการดำเนินงานปีต่อไป



สถานการณ์

- ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (22.67%)
- TEA Unit ในโรงพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ(13.25%)
- ทีมปฏิบัติการเบื้องต้น(FR) ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่



ตัวชี้วัด

| | เป้าหมาย | ผลงาน (2564) |
|--|----------|--------------|
| 1.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(triage level1)ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล S, M1 | ≤12 | 6.55 |
| 2. ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | ≥26.5 | 22.67 |
| 3. ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไป (Sและ M1) ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ | 100 | 100 |

มาตรการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565

- เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ Definite care ของรพ.พังงาและรพ.ตะกั่วป่า
- ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง
- เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- พัฒนาศักยภาพทีมปฏิบัติการเบื้องต้น (FR) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
- พัฒนาระบบฐานข้อมูล 3 ฐาน ให้เป็นข้อมูลฐานเดียวกัน
- ดำเนินงานตามกรอบแนวทาง D RTI ให้ครอบคลุมพื้นที่ตามที่เกณฑ์กำหนด
- พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน
- พัฒนาและอํารงรักษากำลังคนให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนด

3 เดือน

- มีข้อมูลทีมปฏิบัติการฉุกเฉินในพื้นที่เป็นปัจจุบัน
- มีผู้รับผิดชอบระบบข้อมูล IS ในโรงพยาบาล

6 เดือน

- สถานบริการมีการจัดเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล รายตำบล บูรณาการร่วมกับ สปด.อำเภอขับเคลื่อนงาน
- ชุดปฏิบัติการได้รับการอบรมฟื้นฟูร้อยละ 50
- มีระบบข้อมูลIS เป็นปัจจุบัน
- อำเภอมีการดำเนินงาน RTI ร้อยละ 50
- ER คุณภาพร้อยละ 50
- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(Triage level1)ภายใน 24 ชม. ≤ 12 %

9 เดือน

- สถานบริการมีการจัดเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล รายตำบล บูรณาการร่วมกับ สปด.อำเภอขับเคลื่อนงาน
- มีทีมชุดปฏิบัติการ(FR)ครบทุกอำเภอ
- ชุดปฏิบัติการได้รับการอบรมฟื้นฟูร้อยละ 80
- มีระบบข้อมูลIS เป็นปัจจุบัน
- อำเภอมีการดำเนินงาน RTI ร้อยละ 80
- ER คุณภาพร้อยละ 80
- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(Triage level1)ภายใน 24 ชม. ≤ 12 %

12 เดือน

- สถานบริการมีการจัดเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล รายตำบล บูรณาการร่วมกับ สปด.อำเภอขับเคลื่อนงาน
- มีระบบข้อมูลIS เป็นปัจจุบัน
- อำเภอมีการดำเนินงาน RTI ร้อยละ 100
- ER คุณภาพร้อยละ 100
- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(Triage level1)ภายใน 24 ชม. ≤ 12 %



ประเด็น Area Based

ปัญหาของพื้นที่ NCD



ผลงาน NCD จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ 2564

| อำเภอ | คัดกรอง DM / HT ≥ ร้อยละ 90 | | รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง DM / HT ≤ ร้อยละ 1.85/6 | | ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรค DM/ HT ≥ ร้อยละ 60/70 | | DM HT ควบคุมได้ดี DM/HT ≥ ร้อยละ 40/60 | | ผู้ป่วย DM ได้รับความตรวจ HbA1C ≥ ร้อยละ 70 |
|------------|-----------------------------------|-------|---|------|---|-------|--|-------|--|
| | DM | HT | DM | HT | DM | HT | DM | HT | |
| กระบือ | 96.41 | 96.64 | 0.85 | 4 | 72.78 | 79.37 | 48.27 | 64.18 | 77.32 |
| ทับปุด | 93.77 | 92.99 | 1.7 | 6.4 | 77.44 | 88.58 | 45.54 | 68.16 | 79.13 |
| เมืองพังงา | 93.55 | 93.01 | 3.7 | 8.79 | 82.05 | 77.07 | 34.73 | 54.73 | 69.54 |
| เกาะยาว | 91.59 | 94.9 | 0.77 | 6.96 | 79.38 | 76.6 | 28.04 | 53.31 | 74.83 |
| กะปง | 92.9 | 93.03 | 1.54 | 7.94 | 48.96 | 76.67 | 35.96 | 60.32 | 76.82 |
| ตะกั่วทุ่ง | 90.89 | 90.09 | 2.02 | 6.3 | 63.71 | 85.94 | 25.71 | 45.82 | 55.73 |
| ตะกั่วป่า | 91.9 | 91.83 | 2.28 | 7.56 | 78.33 | 87.86 | 34.6 | 65.81 | 72.68 |
| ท้ายเหมือง | 90.55 | 92.11 | 1.36 | 7.4 | 72.78 | 94.05 | 39.08 | 63.99 | 67.54 |
| รวม | 92.36 | 92.57 | 2.03 | 7.23 | 73.74 | 83.36 | 35.87 | 59.19 | 69.51 |

การดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สถานการณ์

- DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูงกว่าเป้าหมาย (อำเภอ ตะกั่วทุ่ง, ตะกั่วป่า, เมือง)
- HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูงกว่าเป้าหมาย (ทุกอำเภอ ยกเว้น คุระบุรี)
- DM คุมได้ (ไม่ผ่านเกณฑ์ 6 อำเภอ ยกเว้น คุระบุรี, ทัพุด)
- HT คุมได้ (ไม่ผ่านเกณฑ์ 3 อำเภอ เมือง เกาะยาว ตะกั่วทุ่ง)
- NCD Clinic Plus ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 67 (ระดับพื้นฐาน 3 รพ. : บางไทร กะปง ตะกั่วทุ่ง)



Small success ปีงบประมาณ 2565

เป้าหมาย

เป้าหมายการดำเนินการ 2565

| ตัวชี้วัด | ร้อยละ |
|-----------------------------|--------|
| ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย DM /HT | 80 |
| ได้รับการตรวจ HbA1C | 70 |
| DM คุมได้ | 40 |
| HT คุมได้ | 60 |

ผลการดำเนินงานปี 2564

| ตัวชี้วัด | ร้อยละ |
|-------------------------|--------|
| ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย DM | 73.74 |
| ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย HT | 83.36 |
| ได้รับการตรวจ HbA1C | 69.51 |
| DM คุมได้ | 35.87 |
| HT คุมได้ | 59.19 |

มาตรการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565

1. พัฒนาระบบบริการ NCD clinic plus ให้ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป
2. พัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องในทุกช่องทางสื่อสารที่สามารถทำได้ การสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ
3. พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพในชุมชน ด้านการเฝ้าระวัง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ ผ่านกลไก พชอ.
4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการข้อมูล NCD การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อในระดับพื้นที่
5. พัฒนาระบบบริการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและควบคุมโรค ให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส ๒๐๑๙ (COVID-19)
6. จัดระบบ รูปแบบบริการเพื่อคัดกรองและลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากร โดยใช้แอปพลิเคชัน ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
7. สนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
8. ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ลงพื้นที่ติดตาม/นิเทศงาน ปีละ 2 ครั้ง
9. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในจังหวัด/ระหว่างจังหวัด

3 เดือน

1. มีคณะทำงานระดับจังหวัด (NCD Board จังหวัดพังงา)
2. มี Application สำหรับการคัดกรอง DM/HT
3. ประชาชนที่ยังไม่ป่วยด้วยDM/HT ได้รับการคัดกรอง \geq ร้อยละ 70
4. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM/HT \geq ร้อยละ 20/40
5. DM ได้รับการตรวจHbA1C อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี \geq ร้อยละ 30

6 เดือน

1. ประชาชนที่ยังไม่ป่วยด้วยDM/HT ได้รับการคัดกรอง \geq ร้อยละ 90
2. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM/HT \geq ร้อยละ 50/60
3. DM ได้รับการตรวจHbA1C อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี \geq ร้อยละ 60
4. DM/HT คุมได้ \geq ร้อยละ 20/30
5. ประเมินCVD Risk \geq ร้อยละ 45
6. NCD clinic Plus ผ่านเกณฑ์ระดับดี ร้อยละ 25 ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 75
7. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างจังหวัด

9 เดือน

1. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM/HT \geq ร้อยละ 80/80
2. DM ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อย 1 ครั้ง /ปี \geq ร้อยละ 70
3. DM/HT คุมได้ \geq ร้อยละ 40/60
4. ประเมินCVD Risk \geq ร้อยละ 90

12 เดือน

1. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM/HT \geq ร้อยละ 80/80
2. DM/HT คุมได้ \geq ร้อยละ 40/60
3. DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ≤ 1.75
4. HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ≤ 6
5. NCD clinic Plus ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป \geq ร้อยละ 75
6. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในจังหวัด

Marine health

สถานการณ์

เหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ภัยพิบัติทางธรรมชาติ รวมทั้งปัญหาโรคระบาดเป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อ ในการเดินทางท่องเที่ยวในพื้นที่ทางทะเล



Small success ปีงบประมาณ 2565

เป้าหมาย

| เป้าหมายการดำเนินการ 2565 | | ผลงาน ปี 64 |
|--|----------------|-------------|
| ตัวชี้วัด | ร้อยละ | ร้อยละ |
| ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเลมากกว่า | ≥ 70 | ≥ 70 |
| ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (Triage Level 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Triage Level 2) ในพื้นที่ทางทะเล เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) | ≥ 60 | 100 |
| มีเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมแนวทางระบบสาธารณสุขทางทะเล | อย่างน้อย 2 คน | |

มาตรการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565

1. Safety beach

2. Safety Trip

3. พัฒนาการเข้าถึงระบบสาธารณสุขทางทะเล

4. พัฒนาคุณภาพระบบสาธารณสุขทางทะเล

5. พัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคสำหรับประชาชนในพื้นที่ทางทะเล

3 เดือน

1. พื้นที่ มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงริมชายหาด
2. มีระบบแจ้งเตือนจุดเสี่ยงริมชายหาด
3. มีอุปกรณ์การแพทย์ฉุกเฉินริมชายหาด/บนเรือ
4. มี คกก.สาธารณสุขทางทะเลแบบบูรณาการ

6 เดือน

1. มีการจัดอบรมอาสาสมัครบนเรือ
2. มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขริมหาด
3. มีการคัดกรองนักท่องเที่ยวก่อนลงเรือ
4. มีการแจ้งเหตุฉุกเฉิน 1669
5. ระบบส่งต่อในพื้นที่ทางทะเล ที่มีคุณภาพ
6. เครือข่าย Hyperbaric chamber

9 เดือน

1. มีการซ้อมแผน EMS ทางทะเล
2. มีทีมกู้ชีพกู้ภัยทางทะเล
3. รพ.สต./ รพ. พื้นที่ทางทะเลพร้อมรับเหตุ
4. มี CPG โรคสำคัญพื้นที่ทะเลสำหรับ รพ.สต./รพ
5. มีระบบเฝ้าระวังโรคและภัยและภัยสุขภาพพื้นที่ทางทะเล
6. ทีม SRRT ในพื้นที่ทางทะเลมีความพร้อม

12 เดือน

1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสาธารณสุขทางทะเลมากกว่า 70 %

Thank You

